FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1879 **THÈSE** N° 179

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 9 avril 1879.

ÉTUDE DESCRIPTIVE
DE LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE

OU

ATTAQUE HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE

ET DE SES PRINCIPALES VARIÉTÉS

PAR

LE Dr PAUL RICHER

ANCIEN INTERNE EN MÉDECINE, LAURÉAT DES HOPITAUX

« C'est l'esprit qui oye et qui veoid. »
MONTAIGNE.

Président : M. CHARCOT, *professeur*.
Juges : MM. { GOSSELIN, *professeur*. FERNET, HAYEM, *agrégés*.



PARIS

V. ADRIEN DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1879

PARIS — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES GRANDS PARENTS

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

MM. GALLARD.
BOUCHUT.
BUCQUOY.
TERRIER.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.
LEDENTU.

MM. les professeurs RICHET.
GUYON.
GOSSELIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHARCOT

HOMMAGE

DE PROFONDE GRATITUDE ET DE RESPECTUEUX DÉVOUEMENT.

ÉTUDE DESCRIPTIVE

DE LA

GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE

OU

ATTAQUE HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE

INTRODUCTION

Sous le nom d'hystéro-épilepsie la plupart des auteurs ont désigné une affection mixte, composée à la fois d'hystérie et d'épilepsie. Les deux névroses seraient là à l'état de mélange ou de combinaison, à doses variables selon les cas.

Ils ont distingué deux formes principales : dans la première, il y a tantôt des accès d'hystérie, tantôt des accès d'épilepsie, toujours parfaitement distincts les uns des autres ; dans la seconde, les accès se composent en même temps de symptômes hystériques et de symptômes épileptiques réunis.

Sur la première forme, *hystéro-épilepsie à crises distinctes*, tous les auteurs sont d'accord. — Ce n'est pas que la dénomination d'hystéro-épilepsie qu'on lui donne, ne soit susceptible de discussion. Car si les deux maladies se rencontrent bien là chez une même malade, elles se montrent distinctes, se manifestant d'une façon complètement indépendante l'une de l'autre, et par les signes propres à chacune d'elles. De sorte qu'une malade peut être à la fois hystérique et épileptique, hystéro-épileptique si l'on veut, sans que pour cela il soit nécessaire de créer une espèce nosologique distincte, sorte d'hybride composé mi-partie d'hystérie et d'épilepsie.

Mais c'est surtout sur la seconde forme, *hystéro-épilepsie à crises combinées,* que les avis sont partagés. — Les partisans de l'hystéro-épilepsie, affection distincte, veulent y trouver un argument en leur faveur. Les autres au contraire (Lonyer-Villermay, Tissot, Dubois d'Amiens, Briquet, Charcot) ne voient là qu'une forme grave de l'hystérie. L'épilepsie ne serait là que dans la forme extérieure; elle ne serait pas dans le fond des choses... La convulsion à forme épileptique y apparaîtrait, comme elle apparaît dans tant d'autres affections du système nerveux, à titre d'élément accessoire, sans rien changer à la nature de la maladie primitive (Charcot). C'est l'*hystérie épileptiforme* de Lonyer-Villermay, de Tissot, — l'*hystérie à attaques mixtes* de Briquet, — l'*hystéria major*, comme l'appelle quelquefois M. Charcot.

Il est donc intéressant pour juger la question de bien connaître la forme de ces attaques mixtes, où les symptômes hystériques et épileptoïdes se montrent à la fois. Or tous les auteurs n'ont vu là qu'un mélange confus de phénomènes, les uns hystériques, les autres épileptoïdes, enchevêtrés d'une façon plus ou moins inextricable [1], et échappant, par le désordre dans lequel ils se produisent, à toute description méthodique et régulière.

Dans un des derniers ouvrages écrits sur la matière, Dunant, qui a puisé les éléments de son travail à la Salpêtrière, rapporte, en 1863, l'histoire d'une malade, Rosalie Ler., qui est encore à l'hospice, que nous avons pu observer, et dont les attaques, particulièrement intéressantes, nous offrent l'exemple d'une variété bien curieuse de l'attaque d'hystéro-épilepsie, comme nous aurons occasion de le montrer dans le cours de ce travail.

L'observation de Dunant nous montre que les attaques de Ler. ont toujours eu le même caractère, mais aussi que l'auteur n'a pas su en saisir la signification. Il n'est pas douteux en effet, que ce que nous voyons aujourd'hui n'ait existé de tout temps, et que l'hystéro-épilepsie ne se soit présentée aux yeux des médecins d'autrefois sous les mêmes dehors que maintenant. Mais tous les ob-

1. Ce sont les expressions mêmes de Dunant. *Recherches et observations sur l'hystéro-épilepsie.* Thèse, Paris, 1863.

servateurs avaient passé sans en comprendre le sens caché, et sans découvrir les lois qui président à son développement. Ils avaient regardé sans voir. « C'est l'esprit qui oye et qui veoid », dit Montaigne. — C'est à M. le professeur Charcot que revient l'honneur d'avoir vu le premier en semblable matière, et d'être arrivé à une conception claire et simple de l'attaque d'hystéro-épilepsie. Pénétré de l'idée que rien n'est livré au hasard dans la nature, même quand il s'agit d'hystérie, et que les phénomènes en apparence les plus variables et les plus irréguliers obéissent toujours à une loi, M. Charcot a découvert l'ordre caché sous ce désordre apparent.

Il a groupé les symptômes de même ordre, divisant ainsi l'attaque en plusieurs périodes. — Il a montré ensuite comment les diverses périodes, subdivisées elles-mêmes en plusieurs phases, se succédaient toujours dans le même ordre pour constituer une attaque complète d'hystéro-épilepsie, et comment elles pouvaient se modifier diversement pour former autant de variétés, dérivant directement du type principal.

C'est sur ces données que j'ai entrepris ce travail qui n'est que la confirmation des idées de l'éminent professeur. Le titre que j'ai adopté montre le point de vue spécial auquel je me suis placé, m'attachant surtout à la description du symptôme. Ainsi restreint, le sujet est encore assez vaste. Si j'ai osé l'aborder et si j'ai pu le mener à bonne fin, je le dois à la bienveillance et aux conseils de M. le professeur Charcot, sous la direction duquel j'ai eu l'honneur et la bonne fortune de terminer mon internat. Je saisis avec empressement l'occasion de lui témoigner ma profonde gratitude.

Grâce au concours de mon excellent ami le Dr Regnard, j'ai pu enregistrer, au moyen des procédés graphiques du Dr Marey, les convulsions épileptiformes du commencement de l'attaque (première période, période épileptoïde). Les autres périodes échappent par la violence et l'étendue des mouvements à ces procédés d'investigation. Nous aurions désiré compléter nos recherches, en appliquant les mêmes moyens d'étude aux convulsions de l'épilepsie vraie. Mais malgré le grand nombre de malades épileptiques qui composent une partie du service de M. Charcot, nous n'avons pas

été assez heureux pour donner suite à notre projet. La soudaineté des accidents de l'épilepsie vraie, leur peu de durée, la rareté de l'état de mal, l'impossibilité de provoquer l'attaque expliquent notre insuccès. La tâche nous a été au contraire relativement facile pour ce qui est de l'hystéro-épilepsie. Les malades sont prévenues longtemps à l'avance de l'invasion des attaques, l'état de mal hystéro-épileptique est fréquent, et de plus l'existence de zones hyperesthésiées connues nous donne le moyen de provoquer et d'arrêter les attaques à notre gré. Nos graphiques ont donc pu être pris avec toute la précision des expériences de laboratoire, dans lesquelles l'expérimentateur dispose complètement du phénomène à enregistrer.

La plupart des malades hystéro-épileptiques qui ont été soumises à mon observation ont déjà leur histoire scientifique. Leurs observations ont été publiées tout au long, par M. Bourneville, dans diverses publications et principalement dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière.* M. Charcot en a cité plusieurs dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux.* Les autres seront l'objet d'une description détaillée dans le II[e] volume de l'Iconographie, actuellement en cours de publication.

Mon intention n'est donc pas de rapporter tout entière l'histoire de chacune de nos malades. Je me suis contenté de consigner ce qui se rapportait directement à mon sujet, me bornant à l'étude de l'attaque. Le lecteur trouvera les détails de l'observation complète dans les ouvrages ci-dessus mentionnés.

Le but que j'ai poursuivi dans ce travail est triple :

1° Démontrer par l'étude des faits soumis à notre examen la régularité de l'attaque hystéro-épileptique ou grande attaque hystérique.

2° Démontrer que la grande attaque hystérique est la même, quel que soit le climat sous lequel l'hystérie s'est développée; démontrer par l'histoire des anciennes épidémies convulsives, que sous ce rapport l'hystérie n'a pas changé avec le temps.

3° Enfin démontrer que l'attaque régulière peut se modifier diversement pour constituer de nombreuses variétés qu'il est possible

de rattacher au type principal. L'attaque d'hystérie vulgaire ou petite hystérie n'est qu'une atténuation de la grande attaque hystérique ou attaque d'hystéro-épilepsie.

Ce cadre est fort vaste, comme on le voit, puisqu'il comprend non seulement l'affection que l'on désigne sous le nom d'hystéro-épilepsie, mais l'hystérie tout entière et son étude dans l'histoire. Il demanderait pour être bien rempli, l'exposé de nombreux documents qui excéderaient les limites d'une thèse. J'espère cependant avoir indiqué les grandes lignes et n'avoir rien négligé d'essentiel à la démonstration. J'y ai joint les figures qui m'ont paru nécessaires à la compréhension du texte, et que j'ai recueillies moi-même dans le cours de mes observations.

Je me propose, dans un travail plus étendu, de traiter avec plus de détails un sujet si fécond, et de l'orner des nombreux dessins pris d'après nature, que je conserve encore en portefeuille.

La présente étude est divisée en deux parties principales. La première partie est consacrée à la description de la grande attaque hystérique dans son état de régularité et de complet développement. Les diverses périodes de l'attaque y sont décrites en autant de chapitres, suivant l'ordre de succession des symptômes. Dans le dernier chapitre se trouvent réunies les observations que j'ai pu recueillir en dehors de l'hôpital, et qui montrent que l'hystérie est la même partout, en France comme à l'étranger. Un parallèle établi entre notre description et celle que les auteurs classiques ont donnée de l'attaque d'hystérie vulgaire révèle les connexions intimes et souvent méconnues qui existent entre la grande et la petite hystérie.

Dans la seconde partie, les notions acquises plus haut sont utilisées pour l'étude des principales variétés : *a*, variétés résultant de modifications survenues dans les symptômes déjà existants, d'où : *attaque épileptoïde*, *attaque démoniaque ou de contorsion*, *attaque d'extase*, *attaque de délire*; *b*, variétés résultant de l'immixtion de phénomènes habituellement étrangers à l'attaque, d'où : *attaque de léthargie*, *attaque de catalepsie*, *attaque de somnambulisme*, etc. L'étude de ces dernières variétés a pu recevoir quelque lumière,

des observations de catalepsie et de somnambulisme hystériques provoqués, récemment faites sur nos malades de la Salpêtrière.

Enfin une troisième et dernière partie renferme un exposé succinct des divers moyens usités pour arrêter les attaques.

PRODROMES



Agitation et contractures partielles



PREMIÈRE PARTIE

DE LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE COMPLÈTE ET RÉGULIÈRE

CHAPITRE PREMIER

PRODROMES

L'attaque d'hystéro-épilepsie, ou grande attaque d'hystérie, ne surprend pas ; elle est toujours précédée quelquefois pendant plusieurs jours, d'un cortége de phénomènes permettant aux malades de prévoir le moment où elles vont tomber en attaque.

Ces signes précurseurs sont nombreux et variés ; ils trahissent le trouble de l'économie tout entière et l'on peut dire qu'aucun des grands appareils n'en est exempt.

Pour en donner de suite une idée d'ensemble, je rapporterai le fait de l'une de nos malades qui, après être demeurée pendant sept mois sans aucun accident, au point qu'on pouvait la croire complètement guérie, vit ses attaques reparaître, sans qu'il nous ait été permis de saisir la cause de cette rechute.

« Marie B... hystéro-épileptique traitée par la métallothérapie, n'a plus d'attaques depuis huit mois. Tous les autres symptômes de l'hystérie, hémianesthésie, amyosthénie, ovarie, etc... ont également disparu. Elle exerçait les fonctions d'infirmière dans l'hospice et se pouvait croire délivrée de sa maladie, quand le 28 mai 1878 elle vient nous trouver.

Depuis deux mois, ses règles, qui avaient repris leur cours régulier, n'ont pas paru. A partir de la même époque, elle se sent plus faible et n'a pas d'appétit. Elle vomit même depuis trois jours et ne peut garder aucune nourriture. Elle est triste, abattue, elle sent que ses attaques vont la repren-

dre et en conçoit le plus profond chagrin. Son visage altéré exprime la souffrance et l'inquiétude, elle éprouve un malaise général qui empêche tout travail et des idées noires envahissent son esprit. Elle est prise de frayeurs soudaines sans en connaître la cause. Elle ne dort pas, des hallucinations la tourmentent pendant la nuit, elle voit des rats noirs et des chats auxquels elle fait la chasse. Ces animaux se montrent à la tête de son lit et du côté droit.

Aujourd'hui elle se plaint de souffrir des deux côtés du ventre, la douleur est plus intense à droite. Et quand on lui demande de préciser le point douloureux, elle montre la région ovarienne. Elle a des étouffements. La sensation douloureuse part du ventre, s'arrête à l'épigastre, puis monte à la gorge et produit la suffocation. Elle a de violentes palpitations cardiaques.

Ses oreilles sifflent, elle entend comme un wagon qui passe. Ses tempes battent, on dirait qu'on assène des coups de marteau sur la région temporale, surtout à droite, et le sommet de la tête est le siège d'une vive douleur.

Ces phénomènes douloureux reviennent par accès.

Ses jambes tremblent et fléchissent; elle est prise par moments de secousses générales qui la font sauter sur sa chaise.

L'anesthésie est complète et totale [1]. Elle existe des deux côtés du corps, et une grosse épingle peut lui traverser les chairs sans qu'elle s'en aperçoive. La force musculaire est affaiblie, principalement à droite. La pression dynamométrique est de 9 pour la main droite et de 20 pour la main gauche.

L'achromatopsie est complète pour les deux yeux. Toutes les couleurs deviennent du « blanc », seul le bleu paraît « blanc fané ». — Elle dit voir par instants les « objets doubles ».

Elle était autrefois *sensible au cuivre*, et le traitement du Dr Burq par la solution de sulfate de cuivre semble avoir amené sa guérison temporaire. Une plaque de cuivre, appliquée à l'avant-bras droit, ne modifie en aucune façon l'insensibilité. Cinq à six éléments de la pile Trouvé, appliqués aux deux tempes, ne donnent également aucun résultat.

Le soir à sept heures et demie elle avait ses attaques.

Dans la description qui va suivre, j'étudierai ces troubles variés dans l'ordre suivant :

1° Les troubles psychiques, les hallucinations;
2° Les troubles des fonctions organiques;
3° Les troubles de la motilité;
4° Les troubles de la sensibilité.

1. On avait constaté, huit jours auparavant, l'intégrité de la sensibilité.

§ 1. — TROUBLES PSYCHIQUES.

Les troubles psychiques sont les premiers qui apparaissent. Quelquefois huit jours avant l'attaque, la malade, ainsi qu'elle le dit elle-même, se trouve changée. Elle est incapable de se livrer à un travail assidu, quel qu'il soit. Elle néglige ses occupations habituelles et dédaigne ses distractions. Les souvenirs de son passé et surtout ceux qui l'impressionnent péniblement, reviennent en foule à son esprit; elle ne peut s'en distraire. Les contrariétés du présent l'affectent vivement et les circonstances les plus insignifiantes prennent à ses yeux une importance exagérée. Parfois elle tombe dans une mélancolie profonde qui peut aller jusqu'au désespoir.

Il n'est pas difficile aux personnes qui ont l'habitude de la fréquenter de prévoir l'imminence des attaques. Tout dans son extérieur trahit le trouble de son esprit; sa mise, habituellement empreinte d'une certaine recherche, est négligée; elle abandonne jusqu'aux soins élémentaires de propreté. On la voit les cheveux épars, la figure défaite, demeurer absorbée dans des réflexions sans fin; ou bien son regard perdu fixe un point dans l'espace et l'expression changeante de sa physionomie trahit la présence d'hallucinations dont nous aurons à parler dans un instant.

Ces accès de tristesse ou de mélancolie alternent avec des moments de folle gaieté, dont la cause est souvent aussi insaisissable. Les malades se livrent à toutes sortes d'enfantillages et un rien excite chez elles un rire inextinguible. Souvent Marc... [1], trois ou quatre heures avant ses attaques, commence le long répertoire de ses chansons et ne cesse qu'au moment où la crise convulsive vient brusquement l'interrompre.

Les facultés affectives sont en même temps exaltées ou perverties. Les malades sont inquiètes, jalouses, soupçonneuses et

1. Voyez son observation dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, par Bourneville et Regnard, t. I, page 110.

très-irritables. Elles ne peuvent plus supporter la moindre observation, et les personnes qui d'habitude ont quelque influence sur elles perdent tout leur ascendant. Elles ont envers leurs compagnes des élans d'amitié insolites, ou des mouvements d'une haine tout instinctive. Elles se renferment dans un mutisme obstiné que rien ne peut rompre, ou elles entrent dans des confidences sans raison et nullement provoquées.

Le plus souvent elles ne paraissent chercher la dispute que pour satisfaire à un besoin d'activité. Elles ne peuvent rester en place; elles ont des inquiétudes dans tous les membres, et il n'est pas rare de les voir tourner contre les objets inanimés le surcroît d'énergie qui les tourmente. Elles renversent et brisent ce qui se trouve sous leur main.

Cette agitation, accompagnée de grands cris, a parfois un aspect effrayant, mais elle n'offre jamais le danger du délire des épileptiques. L'impulsion à laquelle la malade obéit alors n'est pas un instinct de destruction envers autrui ou envers elle-même, c'est une agitation qui ne semble avoir d'autre but que celui de faire du bruit et de dépenser au dehors un excès d'activité [1].

HALLUCINATIONS.

L'état psychique dont je viens de parler, trouve encore un nouveau sujet de trouble dans des hallucinations qui obsèdent la ma-

1. Au sujet de ces impulsions des hystériques le docteur J. Moreau s'exprime ainsi :

« C'est sous la pression d'idées de vengeance, de terreur, le plus souvent dans le but de prévenir un danger imaginaire, de repousser l'agression d'un ennemi, etc., que les aliénés, en général, se livrent à des actes dont ceux qui les entourent et les soignent sont trop souvent victimes. Il n'en est pas de même des hystériques et des hystéro-épileptiques. Un irrésistible besoin d'étreindre fortement les objets qui se trouvent à leur portée, de frapper, de mordre même, de déchirer leurs vêtements, ou tout simplement d'injurier, de chercher querelle, de taquiner, d'exciter l'impatience et la colère, s'empare d'elles brusquement, sans cause, et comme on dit vulgairement, sans rime ni raison. Elles n'en veulent aucunement aux personnes contre lesquelles elles s'emportent, ne sont mues ni par la haine, ni par la vengeance. L'impulsion, l'acte, semblent n'avoir aucune raison d'être et obéir aux mêmes lois que les mouvements désordonnés qui constituent leurs attaques.» (*Traité pratique de la Folie névropathique*, par le docteur J. Moreau. Paris, 1869, p. 17.)

lade et peuvent affecter tous les sens. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont les plus fréquentes.

Il est une loi sur laquelle M. Charcot a insisté et qui établit une relation constante entre les sens atteints d'hallucinations et le siège de l'hémianesthésie. Les hallucinations de la vue les plus communes consistent en des visions d'animaux, chats noirs, rats gris ou diversement colorés, araignées, corbeaux, vipères... etc., ou animaux fabuleux. La vision n'est pas immobile, elle apparaît en marchant dans un certain sens, et dans une direction qui est toujours la même, et que M. Charcot a le premier indiquée.

Les chats, les rats, etc., courent en passant devant la malade, de gauche à droite ou de droite à gauche, suivant que l'hémianesthésie siège à gauche ou à droite. Le point de départ de l'hallucination est toujours du côté hémianesthésié. Mais, le plus souvent, le fantôme passe aux côtés de la malade, il vient de derrière elle pour s'évanouir en avant, et cela toujours du côté insensible. Ces visions sont diversement colorées; la malade voit aussi des scintillements d'étoiles, des boules brillantes et de diverses couleurs.

Gl...[1] quelques jours avant ses attaques, pendant qu'elle travaille à l'atelier, voit par instants aux fenêtres les carreaux se nuancer de teintes variées, au point de ressembler à un vitrail d'église. Elle ajoute, ce qui est bien fait pour mettre le comble à l'illusion, qu'elle voit les reflets colorés à terre ou sur ses voisines.

Elle voit aussi des « rats très noirs et très sales », qui passent à sa droite et d'arrière en avant ; une fois, un gros chat saute sur ses genoux.

Wit... voit un lion rouge à sa gauche[2], elle a par instants comme un brouillard devant les yeux.

Marie B... voit des chats noirs, des rats grimper à la tête de son lit, du côté droit[3]. Aussitôt qu'elle s'assoupit, elle voit des hommes au pied de son lit, passant dans un sens ou dans

1. Voy. *Incon. phot.*, t. II, p. 123.
2. Anesthésie totale, avec prédominance à gauche.
3. Hémianesthésique à droite.

l'autre, ou bien se croisant. Ce sont des militaires vêtus de rouge avec des bandes bleues, et des « hommes de bureau ».

Pour Alphonsine Bar... [1], ce sont des hommes qui viennent en avant d'elle, s'arrêtent au pied de son lit, la regardent fixement et lui font peur. Elle ne voit pas d'animaux.

Ang..., qui est aveugle, voit aussi des figures d'hommes, les uns effrayants qui menacent, les autres « gentils », parmi lesquels Alphonse. Toutes ces apparitions viennent de derrière elle en passant de gauche à droite [2].

Geneviève B... [3] voit des corbeaux ou des vipères. Elle aperçoit Camille qui l'appelle. Elle commet des erreurs de personnes et prend pour d'autres les gens qui l'entourent d'habitude et qu'elle ne reconnaît plus.

Ler... [4] aperçoit des quantités de papillons colorés ; elle voit le diable dans les arbres.

Les hallucinations de l'ouïe ne sont pas moins communes que celles de la vue. Elles affectent principalement l'oreille du côté hémianesthésique. Les hallucinations de l'ouïe qui ne se font entendre que d'un seul côté, ont été signalées par les divers auteurs.

Baillarger parle d'une femme atteinte de monomanie religieuse qui percevait par l'oreille droite une musique céleste qui l'exaltait au plus haut degré [5].

« Quelques sujets, dit Calmeil, affirment que les sons qu'ils supposent arriver jusqu'à eux sont perçus tantôt par l'oreille droite, tantôt par l'oreille gauche [6]. »

Baillarger rapporte l'histoire d'une femme saine d'esprit, mais sujette à des accidents hystériques — convulsions avec perte de connaissance, céphalalgies, bourdonnements dans les oreilles, étourdissements — née d'une mère atteinte d'une maladie convulsive. Cette femme entendait des voix, principalement de l'oreille

1. Voy. *Incon. phot.*, t. II, 187.
2. Hémianesthésique à gauche.
3. Voy. *Icon. phot. de la S.*, p. 50, t. I.
4. Voy. *Icon. phot.*, t. I, p. 14.
5. J. Baillarger, *Des hallucinations*, p. 300. Paris, 1846.
6. Calmeil, art. HALLUCINATION dans le *Dictionnaire de médecine* en 25 vol.

droite. C'était aussi à droite que les bourdonnements étaient le plus forts. Il n'est pas parlé d'hémianesthésie [1].

Chez nos malades, les exemples ne sont pas rares.

Pendant qu'elle marche seule, Gl... entend une voix qui l'appelle, elle se retourne : personne. Pendant qu'elle travaille, des voix connues lui parlent à l'oreille. Elle les entend des deux côtés, mais surtout à droite. Tout d'un coup elle éprouve la sensation d'une étreinte : quelqu'un l'embrasse et la soulève. Un fait curieux à signaler, c'est qu'elle ne ressent le baiser que sur la joue droite [2].

Les hommes que voient Bar..., Marie B... et Ang... dans leurs hallucinations parlent aussi.

Presque toutes les malades ont des sifflements d'oreille, toujours plus intenses dans l'oreille du côté hémianesthésique. Elles entendent le roulement d'un wagon, des sons de cloches, de fanfares. Ler... entend « tous les oiseaux qui chantent dans sa tête ».

Toutes ces hallucinations se produisent le jour et obsèdent les malades, même au milieu de la société de leurs compagnes. Mais pendant la nuit elles acquièrent une plus grande intensité. Ce qui n'était qu'une rapide vision, devient une longue scène dans laquelle la malade joue son rôle.

Gl... voit souvent dans l'angle de la salle où elle couche un grand homme noir, poilu, immobile, couvert d'un suaire. Il est maigre, pâle et roule de gros yeux noirs.

Ang... reçoit, les nuits qui précèdent ses attaques, la visite de son père.

Marc... était tourmentée la nuit du 18 février par des visions dans lesquelles Th. L..., une de ses anciennes compagnes, morte depuis un an, venait pour la chercher, et lui posait ses mains glacées sur le visage. Elle voyait aussi le cortège de l'enterrement du pape, une longue suite de cardinaux rouges, etc.

Souvent, au milieu de la nuit, on la voit se lever effrayée et courir autour de son lit. Elle poursuit les rats qui l'assiègent.

1. Baillarger, *loc. cit.*, p. 302.
2. Gl... est anesthésique à droite.

Les hallucinations nocturnes ont souvent un caractère érotique, qui indique que le sens génital y prend une large part [1].

Baillarger cite l'histoire d'une dame renfermée depuis plus de dix ans dans un hospice, et qui se plaint souvent qu'un jeune médecin abuse d'elle pendant la nuit; mais, en outre, vingt fois par jour elle croit avoir à se défendre contre des manœuvres indiscrètes qu'on exerce sur elle à distance, et par des moyens cachés.

La plupart de nos malades et Gen... en particulier [2] nous offrent des exemples bien curieux de ce genre d'hallucinations nocturnes.

L'hallucination que nous venons de voir occuper une si grande place dans les phénomènes qui précèdent de plusieurs jours l'attaque hystéro-épileptique, fait quelquefois partie de l'aura et marque le début de l'accès.

Chez Alphonsine B... l'hallucination inaugure toujours l'attaque et se joint aux phénomènes ordinaires de l'aura. Le 16 juin l'hallucination est triste et la vision terrible. La malade veut se détacher pour fuir et crie d'une voix forte : « Oh! terreur! terreur!! il vient pour me faire du mal, celui-là! » Puis la respiration pressée

1. Les exemples d'hallucination des organes génitaux ne sont pas rares dans les auteurs. Elles acquièrent parfois une violence extrême, et on lira avec intérêt l'observation rapportée à ce sujet par Baillarger (*Des hallucinations*, p. 344). Ces sortes d'hallucinations ne sont pas constantes chez les hystériques; et nous pouvons citer l'exemple de Ler..., une de nos hystéro-épileptiques remarquable par l'ancienneté de sa maladie, par la violence de ses attaques et chez laquelle les hallucinations sont d'un autre ordre. Mais l'on peut dire néanmoins que les hallucinations du sens génital sont fréquentes chez les hystéro-épileptiques.

Baillarger fait suivre son observation des remarques suivantes : « Si on se reporte à une autre époque, si on suppose d'autres idées et d'autres croyances, on concevra facilement cette variété de la démonomanie dont les hallucinations génitales formaient le symptôme principal, et qui portait tant de malheureuses aliénées à confesser qu'elles avaient eu pendant plusieurs années commerce avec le diable, etc.»

2. Son imagination malade a forgé tout un roman. Elle aurait été fiancée dans sa jeunesse à un certain Camille, qu'une fièvre typhoïde enleva, avant l'accomplissement de ses vœux. Malgré les nombreuses aventures qui depuis ont marqué son existence, Camille est demeuré l'idéal qu'elle a toujours appelé dans ses attaques. Mais voilà qu'un jour en arrivant à la Salpêtrière, elle croit reconnaître dans M. X..., Camille qui n'aurait simulé la mort que pour échapper à ses engagements. Bientôt ce qui n'était qu'un pressentiment devient une certitude, car M. X... vient la visiter une nuit et lui avoue tout. Sa conviction depuis est tellement profonde qu'aucun raisonnement ne saurait l'en dissuader; elle a réponse à toutes les objections; depuis ce temps M. X... vient très fréquemment, dans ses visites nocturnes, la dédommager de son abandon. (Voy. *Incon. phot.*, t. II, p. 202.)

s'arrête subitement et l'attaque commence. Le 24 juin, les attaques ont changé de caractère et l'hallucination est gaie. Elle entre dans une sorte d'extase, rit, échange même quelques mots avec la vision, qui s'arrête aux pieds de son lit. Cependant les autres phénomènes de l'aura s'accusent, douleur de ventre, constriction épigastrique, palpitations, oppression. Alors le fantôme s'approche, mais il l'étreint trop violemment, elle étouffe, c'est la période épileptoïde qui survient.

§ 2. — TROUBLES DES FONCTIONS ORGANIQUES.

1° TROUBLES DES FONCTIONS DIGESTIVES.

Dans l'ordre chronologique les troubles digestifs sont des premiers à apparaître, parmi les prodromes de l'attaque. Avec les troubles cérébraux dont nous venons de parler, ils précèdent habituellement de plusieurs jours l'apparition des phénomènes douloureux.

Ils paraissent constants. La malade a de l'inappétence, ou bien le goût se pervertit. Souvent des vomissements rejettent presque immédiatement les aliments ingérés. En dehors des repas il se produit parfois des nausées, dues à la contraction spasmodique du diaphragme, de l'estomac et de l'œsophage; d'où peut résulter un état nauséeux qui se prolonge et devient très pénible.

Le spasme de la gorge, c'est-à-dire, la *suffocation hystérique*, peut siéger, soit dans le pharynx et dans l'œsophage, soit dans le larynx et dans la partie supérieure de la trachée (Briquet).

« Si l'on fait attention, dit Briquet, à ce qui se passe chez les femmes qui éprouvent une émotion morale, on saisit facilement la raison de la fréquence si grande de cette névrose (suffocation hystérique). En effet, sur quatre cents hystériques je n'en ai trouvé que trente qui n'en avaient jamais été atteintes; toutes en effet éprouvent lors des émotions un sentiment de compression à la ré-

gion épigastrique, et d'étranglement à la gorge. Ces sensations constituent le mode de manifestation le plus ordinaire des passions affectives. Rien d'étonnant que l'un des symptômes les plus communs de l'hystérie soit précisément le trouble que produisent ordinairement les émotions [1]. »

Ce spasme de la gorge, si commun chez les hystériques, et qui peut se rencontrer pendant l'attaque, comme dans l'intervalle des attaques d'hystérie (Briquet), s'observe aussi parmi les prodromes de la grande attaque hystéro-épileptique, et fait ordinairement partie des phénomènes douloureux de l'aura dont nous parlerons plus loin.

Je ne ferai que signaler ici les borborygmes, et la tympanite souvent si considérable. Gen..., avant ses attaques, sent son ventre qui gonfle. Gl..., par instants, est obligée de dégrafer sa robe sitôt qu'elle a mangé. Cette augmentation de volume de l'abdomen, due à une accumulation de gaz dans le gros intestin surtout, survient brusquement et cesse de même. Nous retrouverons la tympanite et les borborygmes parmi les signes de l'attaque elle-même.

2° TROUBLES DES SÉCRÉTIONS.

Le ptyalisme, à un degré varié, se retrouve dans le début même de l'attaque, et entre pour quelque chose dans la production de l'écume qui vient aux lèvres dans la période épileptoïde.

B... raconte qu'au moment de l'invasion de l'accès, en même temps qu'elle suffoque, elle sent un flot de liquide qui semble monter de l'estomac et lui emplit la bouche. Il est à remarquer que B..., même dans les accès les plus légers, a toujours la mousse aux lèvres.

« Une de mes clientes, dit Mathieu, est avertie de l'approche d'une attaque par l'abondance de la salive [2] ».

Les urines sont plus abondantes, claires et incolores (urine nerveuse).

1. Briquet, *Traité de l'hystérie.*
2. E. Mathieu, *Études cliniques sur les maladies des femmes.* Paris, 1847, p. 494.

3° TROUBLES RESPIRATOIRES.

Les troubles de la respiration ne consistent le plus souvent qu'en une oppression constante, plus ou moins accusée. Les malades sentent le besoin de prendre l'air.

Cependant le spasme du larynx fait partie des phénomènes convulsifs qui se montrent souvent par accès les jours qui précèdent l'attaque. Le hoquet, le rire rentrent dans la même catégorie.

La perte de la voix, les cris variés d'animaux, l'engastrimythisme qui s'observent le plus souvent à l'état épidémique, se rencontrent plus fréquemment en dehors des attaques et alternent avec elles.

C'est ici le lieu de citer les bâillements des hystériques.

4° TROUBLES DE LA CIRCULATION.

Les palpitations cardiaques tiennent une grande place dans les prodromes de l'attaque hystéro-épileptique.

Toutes les malades s'en plaignent. Elles se montrent d'abord isolées, revenant par accès, sous le plus léger motif ou sans cause appréciable. Puis elles accompagnent constamment les phénomènes douloureux de l'aura hystérique. Ces palpitations sont tellement intenses, que les malades les perçoivent dans toute la poitrine, jusque dans le cou et dans les tempes.

Les troubles vaso-moteurs ne sont pas rares : Gen..., avant ses attaques, a souvent ce qu'elle appelle ses rougeurs [1].

Rosenthal rapporte un fait intéressant à plus d'un titre et dans lequel l'attaque avait pour signe précurseur une sensation de froid et une décoloration des mains et du bout des doigts.

1. 5 février. — Deux heures après midi, Gen... est au lit, contracturée des membres, elle sent que ses attaques vont la prendre. Depuis une heure elle a le front, les deux joues et les oreilles très rouges, contrastant avec le bas de la figure qui est très pâle. Les parties rouges sont chaudes au toucher. Les bras sont plus raides que le matin, surtout le gauche. Elle dit que ses rougeurs vont bientôt cesser parce que son ventre gonfle.

Quelques instants après elle avait ses attaques.

Une jeune fille de vingt-trois ans, que j'avais soignée antérieurement pour des attaques d'hystérie et de catalepsie, fut prise d'une récidive à la suite d'un coup violent sur la mamelle gauche; elle avait un hoquet opiniâtre avec paroxysmes, qui à certains jours alternait avec des attaques épileptiformes. Celles-ci avaient pour signes précurseurs une sensation subjective de froid et une décoloration des mains et du bout des doigts. Les deux mains devenaient très pâles, le bout des doigts et les ongles d'un bleu foncé; la malade ressentait dans les mains un froid désagréable, leur température qui était de 33°,4 c. à l'état normal, descendait à 30°,6, c; le pouls baissait de 72 à 65 ou 66. Après la fin de l'attaque hystéro-épileptique, la température des mains remontait à 35°,6 ou 35°,8, la chaleur reparaissait, les doigts et les ongles devenaient très rouges, étaient le siège d'une transpiration abondante, et le pouls se relevait à 84-88.

Pendant les heures qui précédaient l'attaque, plus rarement pendant les jours qui se passaient sans attaques, il se manifestait un symptôme curieux: c'était une hyperesthésie de la peau, sur différents points du tronc, plus souvent à gauche qu'à droite; quelquefois elle était croisée, occupant le bras gauche et la jambe droite; les muscles présentaient aussi de l'hyperesthésie à la pression et au contact du lit, et la malade était obligée de changer souvent de position. On constatait alors une élévation notable de température sur le côté du corps hyperesthésié; à la main, il y avait 35°,5, une fois même 36,1, au lieu de la normale 34°,4; au pied 35°,3, au lieu de 34°,2; dans l'aisselle, du même côté, la température était légèrement abaissée.

Les jours où l'hyperesthésie précédait les attaques, elle durait jusqu'à l'apparition des symptômes décrits plus haut, pâleur et cyanose des mains et du bout des doigts. Dès que ces symptômes se manifestaient, l'hyperesthésie diminuait, et aux mains, outre le refroidissement appréciable que nous avons signalé, elle faisait place à de l'anesthésie, avec sensation d'engourdissement dans les doigts et les orteils. Ces signes indiquaient toujours infailliblement l'approche de l'attaque. Vers la fin de l'attaque, si l'on touchait les mains ou les doigts, ils s'écartaient par un mouvement réflexe, bien qu'à ce moment la connaissance fût encore abolie, les pupilles insensibles à la lumière. Ce retour de la sensibilité qui gagnait progressivement de la périphérie au centre, était un signe certain du retour prochain de la connaissance. Tant que les doigts ou les orteils restaient insensibles, on pouvait être certain que l'attaque durerait encore longtemps. Cet état ayant persisté environ trois mois, survint tout d'un coup un mouvement fébrile, qui céda dès le jour suivant à de fortes doses de quinine; les règles supprimées depuis plusieurs mois, reparurent, le hoquet, les vomissements et les attaques cessèrent subitement, et ma onvalescente retourna très satisfaite dans son pays [1].

1. Rosenthal, *Traité clinique des maladies du système nerveux*, p. 471. (Traduction du docteur Lubanski.)

§ 3. — TROUBLES DE LA MOTILITÉ.

L'*amyosthénie* existe comme symptôme permanent de l'hystéro-épilepsie, et accompagne toujours l'anesthésie, dont elle semble partager le sort, apparaissant ou disparaissant avec elle. Mais à l'approche des attaques, la faiblesse musculaire augmente, souvent la malade ne peut se servir du bras anesthésié. Elle ne peut se peigner le matin et laisse facilement échapper les objets. Ler... dit qu'elle a son bras droit aussi lourd à lever qu'un poids de cent dix livres : « on dirait que j'ai du plomb dans le bras ». Au dynamomètre elle marque six divisions avec la main droite, tandis qu'avec la main gauche elle atteint jusqu'à vingt et un.

La démarche est mal assurée, les malades ne sont pas « solides sur leurs jambes ». Celle du côté hémi-anesthésique surtout fléchit sous leur poids. Ler... « tremble comme si elle avait commis un crime » et parfois elle s'affaisse subitement, ses jambes lui refusant tout service.

Il se produit souvent des crampes douloureuses, des secousses, ou un *tremblement* analogue à la trépidation. Le membre est dans cet état particulier qui permet l'exagération du mouvement réflexe, par la percussion du tendon rotulien.

Les *secousses* qui agitent par instants nos malades, sont semblables à celles qui se rencontrent dans l'épilepsie vraie. La secousse consiste en une tétanisation brusque d'un groupe musculaire, de peu de durée et cessant aussi subitement qu'elle s'est produite : d'où résulte un mouvement rapide dans les leviers sur lesquels les muscles atteints prennent leur point d'attache. Ce mouvement est absolument comparable à celui que produit la décharge électrique.

La secousse peut être partielle, affecter un seul côté du corps — et alors c'est de préférence du côté anesthésique, — un seul membre, la face, le ventre, etc., ou bien elle est générale et le corps tout entier participe au mouvement. Quand elle marche, la malade peut être renversée à terre; quand elle se trouve assise, elle est brusque-

ment soulevée de son siège, pour y retomber lourdement. C'est de préférence la nuit, au moment où le sommeil arrive, que surviennent les secousses; mais cependant elles peuvent se montrer dans le jour. La malade est réveillée en sursaut; il lui semble qu'elle tombe à bas de son lit, ce qui arrive effectivement quelquefois.

Ces secousses ou commotions épileptoïdes s'observent en dehors des attaques, et nous aurons occasion plus loin de démontrer qu'elles peuvent être considérées comme des ébauches de la période épileptoïde.

Dans les prodromes de l'attaque, les secousses sont comme le prélude de la convulsion épileptiforme, et dans les quelques secondes qui précèdent l'accès, elles vont quelquefois en se précipitant et en se rapprochant de plus en plus, jusqu'au moment où le tétanisme épileptoïde qui inaugure l'attaque, semble résulter de leur fusion.

La *contracture* est très souvent un phénomène précurseur des accès. Nous l'avons observée bien des fois. Elle est le plus ordinairement partielle et débute brusquement. Elle passe d'un membre dans l'autre, cesse pour revenir, et se généralise peu à peu au point d'envahir parfois les quatre membres quelques instants avant l'attaque.

L'attitude des membres contracturés est des plus variables; toutefois, chez une même malade, elle se reproduit presque toujours d'une façon identique. Chez Gen..., la contracture commence habituellement par le bras gauche, envahit ensuite la jambe droite, puis les autres membres. (Voy. pl. 1, pag. 7.)

Lesp..., au moment d'être malade, se sent envahir par une contracture générale qui immobilise tout le corps, dans la situation qu'il occupe, quand elle survient. La langue est contracturée, la pointe se fixe derrière les incisives inférieures, ou dans le coin gauche de la bouche. La malade entend encore tout ce qui se passe autour d'elle, mais elle ne peut parler ni faire aucun mouvement.

Gl..., peu d'instants avant l'attaque, sent la pointe de sa langue qui se retourne en haut et se colle au palais. Ses mâchoires se serrent l'une contre l'autre, elle ne peut plus parler.

§ 4. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ.

L'*anesthésie* totale, ou le plus souvent d'une moitié du corps (hémianesthésie), est un symptôme de l'hystéro-épilepsie et existe en dehors des attaques. Elle peut n'être pas complète, la piqûre est sentie, mais elle n'est pas douloureuse ; c'est l'analgésie. Pendant les jours qui précèdent l'attaque, l'anesthésie survient si elle n'existe pas et remplace l'analgésie. Dans tous les cas elle acquiert une fixité, rendant inutiles tous les moyens qui la font disparaître momentanément toutefois dans l'intervalle des attaques [1].

L'*hyperesthésie* cutanée, limitée à certains territoires nerveux, n'est pas rare chez les hystériques et peut se rencontrer parmi les prodromes de l'attaque.

L'observation de Rosenthal rapportée plus haut en est un exemple ; mais il est à remarquer que les jours où l'hyperesthésie précédait les attaques, elle était remplacée par de l'anesthésie quand celles-ci devenaient imminentes.

La *sensibilité spéciale* est également affectée, et du même côté que la sensibilité générale, dont elle partage le sort. Les deux sensibilités sont également modifiées par les mêmes agents, ce qui ne veut pas dire que l'une ne saurait exister sans l'autre. L'anesthésie cutanée peut exister sans que les sens soient atteints, bien que le fait soit rare, il est vrai. Et l'on conçoit parfaitement que l'anesthésie à un degré quelconque puisse intéresser l'un des sens, sans que la peau perde sa sensibilité. Cette considération ferait rentrer dans le cadre de l'hystérie ovarienne des cas qui s'en séparent jusqu'à présent, parce que l'altération des sens qui demande à être recherchée avec soin, a passé jusqu'ici inaperçue.

1. C'est ce que nous avons pu facilement observer chez M. B... dont nous avons parlé dès le début de ce travail. Après une guérison temporaire de huit mois, l'anesthésie revient précédant de huit jours une rechute. La veille de ses attaques on essaye de répéter, mais sans succès, une expérience qui autrefois ne manquait jamais de réussir chez elle. L'application d'une plaque de cuivre sur une partie du corps anesthésiée, ramenait infailliblement en quelques minutes la sensibilité au point de contact. Dans la tentative faite peu de temps avant l'apparition des attaques, l'anesthésie ne s'est trouvée modifiée en aucune façon.

Ayant déjà traité longuement des hallucinations, je n'en parlerai pas ici.

La vision des couleurs se perd complètement, achromatopsie. L'amblyopie même peut être très accusée.

Ler... dit qu'elle devient sourde de l'oreille droite.

AURA HYSTERICA.

J'arrive maintenant aux *phénomènes douloureux*, qui constituent à proprement parler *l'aura hysterica*.

Les hystériques dont il s'agit portent en tout temps au ventre une douleur fixe, plus ou moins intense, et que M. Charcot, d'accord avec Schutzenberger contre Briquet, rapporte à l'ovaire. C'est l'hyperesthésie ovarienne ou ovarie.

Tous les caractères en ont été parfaitement tracés, il y a longtemps déjà par M. Charcot, dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Nous lui laissons la parole :

« 1° Tantôt, c'est une douleur vive, très vive même : les malades ne peuvent supporter le moindre attouchement, le poids des couvertures, etc.; elles s'éloignent brusquement par un mouvement instinctif, du doigt investigateur. Joignez à cela un certain degré de gonflement de l'abdomen, et vous aurez l'ensemble clinique de la *fausse péritonite — spurious peritonitis* des médecins anglais. Il est évident qu'ici les muscles et la peau elle-même sont de la partie.....

» 2° D'autres fois, la douleur n'est pas spontanément accusée; il faut la rechercher par la pression, et, en pareille circonstance, on note les phénomènes suivants : *a.* la *peau* est partout anesthésiée; — *b.* les *muscles*, s'ils sont lâches, peuvent être pincés et soulevés sans douleur; — *c.* cette première exploration montre que le siège de la douleur n'est pas dans la peau ni dans les muscles. Il est par conséquent indispensable de pousser l'investigation plus loin, et, en pénétrant en quelque sorte dans l'abdomen, à l'aide des doigts, on arrive sur le véritable foyer de la douleur.

Cette manœuvre permet de s'assurer que le siège de la douleur en question est à peu près fixe, qu'il est toujours à peu près le même : aussi n'est-il pas rare de voir les malades le désigner avec une concordance parfaite. Sur une ligne horizontale passant par les épines iliaques antérieures et supérieures, faites tomber les lignes perpendiculaires qui limitent latéralement l'épigastre, et à l'intersection des lignes verticales avec l'horizontale se trouve le foyer douloureux qu'accusent les malades et que la pression exercée à l'aide du doigt met d'ailleurs en évidence.

» L'exploration profonde de cette région fait reconnaître aisément la portion du détroit supérieur qui décrit une courbe à concavité interne : c'est là un point de repère. Vers la partie moyenne de cette crête rigide, la main rencontre le plus souvent un corps ovoïde, allongé transversalement et qui, pressé contre la paroi osseuse, glisse sous les doigts. Lorsque ce corps est tuméfié, ainsi que cela se présente fréquemment, il peut offrir le volume apparent d'une olive, d'un petit œuf. Mais, avec un peu d'habitude, sa présence peut être facilement constatée, alors même qu'il reste bien au-dessous de ces dimensions.

» C'est à ce moment de l'exploration que l'on provoque surtout la douleur, et qu'elle se révèle avec des caractères *pour ainsi dire spécifiques*. Il ne s'agit pas là d'une douleur banale, car c'est une sensation complexe qui s'accompagne de tout ou partie des phénomènes de l'*aura hysterica*, tels qu'ils se produisent d'eux-mêmes à l'approche des crises, et cette sensation provoquée, les malades la reconnaissent pour l'avoir ressentie cent fois.

« En somme, messieurs, nous venons de circonscrire le foyer initial de l'aura, et du même coup, nous avons provoqué des irradiations douloureuses vers l'épigastre (*premier nœud* de l'aura, dans le langage de M. Piorry), compliquées parfois de nausées et de vomissements; puis, si la pression est continuée, surviennent bientôt des palpitations de cœur avec fréquence extrême du pouls, et enfin se développe au cou la sensation du globe hystérique (*deuxième nœud*).

» En ce point, s'arrête dans les auteurs la description des irra-

diations ascendantes qui constituent l'aura hystérique. Mais, d'après ce que j'ai observé, l'énumération ainsi limitée, serait incomplète, car une analyse attentive permet de reconnaître, le plus souvent, certains troubles céphaliques qui ne sont évidemment que la continuation de la même série de phénomènes. Tels sont, s'il s'agit par exemple de la compression de l'ovaire gauche, des sifflements intenses qui occupent l'oreille gauche et que les malades comparent au bruit strident que produit le sifflet d'un chemin de fer; une sensation de coups de marteau frappés sur la région temporale gauche; puis, en dernier lieu, une obnubilation de la vue marquée surtout dans l'œil gauche.

» Les mêmes phénomènes se montreraient sur les parties correspondantes du côté droit, dans le cas où l'exploration porterait, au contraire, sur l'ovaire droit.

» L'analyse ne peut être poussée plus loin : car, lorsque les choses en sont à ce point, la conscience s'affecte profondément, et dans leur trouble, les malades n'ont plus la faculté de décrire ce qu'elles éprouvent. L'attaque convulsive éclate d'ailleurs bientôt, pour peu qu'on insiste [1]. »

Aux approches de l'attaque la douleur ovarienne s'exaspère et toute la suite des phénomènes douloureux de l'*aura hysterica* se produit spontanément. Ils reviennent sous forme de petits accès, d'abord éloignés, et qui se rapprochent à mesure que l'attaque devient plus imminente.

Gl... décrit ainsi un de ces petits accès : d'abord l'ovarie droite augmente subitement d'intensité. Puis la douleur monte au creux épigastrique, et de violentes palpitations soulèvent la poitrine. A la gorge, ce n'est plus une douleur, c'est une sensation de suffocation; elle sent à la base du cou comme une petite pomme d'api qui l'étouffe (boule hystérique). Ensuite les sifflements d'oreille, qui peuvent exister dès le début, redoublent surtout du côté droit; elle éprouve la sensation de coups de marteau dans la tempe droite et en même temps celle de pression sur l'œil droit;

1. *Leçons sur les maladies du système nerveux.*

alors sa vue se trouble, elle chancelle... Mais bientôt tout rentre dans l'ordre après avoir duré une à deux minutes au plus.

Ces accidents sont absolument comparables à ceux qui forment le début de l'attaque; c'est en quelque sorte une attaque incomplète qui s'en tient aux préludes et s'arrête à peine commencée.

En outre des phénomènes douloureux de l'*aura*, il peut survenir à différents points du corps des douleurs fixes et intenses, à la tête, au sommet ou à la nuque. Ler... accuse des douleurs de tête tellement violentes qu'il lui semble qne sa cervelle est en ébullition. Elle ne peut demeurer la tête sur les oreillers, elle en donne ainsi la raison : « On dirait que j'ai la tête sur des pierres ou sur des charbons ardents. »

AUGMENTATION MORBIDE DE L'EXCITABILITÉ RÉFLEXE.

Je mentionnerai ici en terminant l'augmentation morbide de l'excitabilité réflexe, qui procède de différents foyers chez les hystériques. Ainsi Stilling et Turk ont constaté qu'une pression exercée sur les apophyses épineuses pouvait provoquer des convulsions et même des attaques. Dans d'autres cas, c'est une pression profonde sur l'ovaire ou sur la région épigastrique (Schützemberger) qui détermine des accidents hystériques analogues. J'ai vu deux malades, dit Rosenthal, à qui nous empruntons ces quelques détails, chez lesquelles l'introduction du spéculum était bien supportée, mais chaque fois qu'on touchait par hasard ou volontairement le col de l'utérus, il survenait une attaque.

Gen... possède entre les deux omoplates une zone hyperesthésiée dont le simple attouchement suffit pour provoquer une attaque, et cela d'autant plus facilement qu'elle se trouve plus près d'une attaque spontanée. Après les grandes attaques il semble que l'excitabilité soit épuisée, et la pression de la zone indiquée n'amène plus aucun phénomène convulsif.

Alph. B... présente la même particularité. Elle raconte qu'au moment où on lui touche l'épine dorsale, entre les deux épaules, elle ressent une violente douleur dans le ventre, puis une suffoca-

tion qui amène de suite la perte de connaissance. Il semble que dans cette circonstance les différents points douloureux de l'aura hystérique, au lieu de se développer successivement et dans l'ordre connu comme il arrive lorsque l'accès est spontané, surviennent tous à la fois et avec une grande intensité.

Gl.... possède une *zone hystérogène* différente. La zone est double, il faut toucher à la fois deux points symétriques, situés en dehors et un peu au-dessous du sein, pour provoquer les convulsions hystéro-épileptiques.

1re PÉRIODE — PÉRIODE ÉPILEPTOÏDE



Phase d'immobilité Tanique
ou Tetanisme

CHAPITRE II

PREMIÈRE PÉRIODE. — PÉRIODE ÉPILEPTOIDE.

Une attaque complète d'épilepsie vraie se compose d'une succession de phénomènes qu'on peut diviser en trois phases, se reproduisant toujours dans le même ordre.

1° Tétanisation brusque des muscles de tout le corps, en même temps que spasmes viscéraux et perte de connaissance.

2° Convulsion clonique des muscles tétanisés.

3° Résolution générale et stertor.

Nous retrouvons dans la période épileptoïde de l'attaque hystéro-épileptique le même cortège de symptômes, au point qu'un observateur non prévenu pourrait prendre pour de l'épilepsie vraie ce qui n'en a, en définitive, que les apparences. Deux faits entre autres prouvent péremptoirement que l'épilepsie n'est là que dans le dehors et non dans le fond des choses : 1° la compression ovarienne arrête brusquement l'attaque à quelque moment de la période épileptoïde qu'on la pratique ; 2° les interversions de courants électriques produisent le même effet. Or jamais aucun de ces moyens n'a pu non seulement enrayer, mais même atténuer les convulsions de l'épilepsie vraie.

Afin de préciser autant que possible les caractères de cette période épileptoïde, j'ai entrepris avec mon collègue et ami M. Régnard, d'appliquer à son étude les procédés graphiques de M. le Dr Marey. Nos recherches ont fait l'objet d'une présentation à la Société de biologie le 13 juillet 1878 et sont consignées tout au long dans un mémoire qui a paru dans le numéro de septembre 1878 de la Revue mensuelle. C'est à l'étude des convulsions ex-

ternes que nous nous sommes particulièrement attachés. Nous avons fait usage de l'appareil myographique du Dr Marey. Le tambour explorateur a été appliqué le plus souvent sur la masse musculaire antérieure de l'avant-bras.

Notre appareil a enregistré les modifications survenues dans la contraction musculaire pendant les mouvements convulsifs du bras. Et comme les convulsions quand elles sont générales, comme c'est le cas ici, revêtent par tout le corps le même caractère, à part toutefois la question de prédominance, il se trouve que nos tracés représentent assez fidèlement la physionomie de l'attaque épileptoïde dans son ensemble, et que ses différentes phases y sont inscrites par des courbes variées.

Ce procédé graphique est venu confirmer ce que la simple observation avait déjà donné, et nous divisons en trois phases la période épileptoïde de l'attaque hystéro-épileptique :

1° Phase tonique;
2° Phase clonique;
3° Phase de résolution.

§ Ier. — MODE DE DÉBUT.

Lorsque l'attaque d'hystéro-épilepsie survient spontanément, comme par les seuls progrès de la marée hystérique, dont le flot monte par degrés, la période épileptoïde est précédée de quelques phénomènes convulsifs variés, sans parler ici des phénomènes douloureux de l'*aura hystérique* dont il a été question.

Ces troubles moteurs ne se produisent que peu d'instants avant la phase tonique, qu'ils préparent pour ainsi dire. Tantôt ce sont des secousses générales qui soulèvent tout le corps ou bien affectent plus particulièrement un côté du corps, ou bien se localisent aux membres supérieurs. Ces secousses, d'abord éloignées, se rapprochent de plus en plus. Elles sont très nettement indiquées sur les tracés de la fig. 30 par les grandes oscillations qui précèdent l'ascension de la phase tonique. C'est, tantôt un mouvement précipité des paupières supérieures, tantôt une ondulation rapide

PÉRIODE ÉPILEPTOÏDE DE L'ATTAQUE HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE.

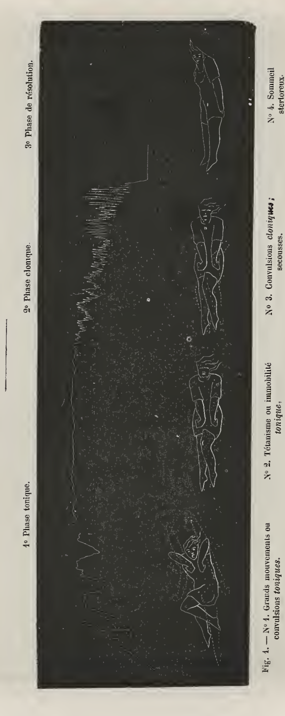


Fig. 4. — N° 1. Grands mouvements ou convulsions *toniques*. N° 2. Tétanisme ou immobilité *tonique*, N° 3. Convulsions *cloniques*; secousses. N° 4. Sommeil stertoreux.

du ventre avec borborygmes bruyants, tantôt un tremblement général ou d'un côté du corps seulement; tantôt la respiration bruyante se précipite par degrés.

Pendant les quelques secondes que durent ces phénomènes, la malade a conscience de ce qui se passe en elle. Mais déjà elle est distraite du monde extérieur, et son intelligence s'obscurcit.

Puis surviennent à la fois les trois phénomènes qui marquent le début de la phase épileptoïde, la perte de connaissance, l'arrêt de la respiration et la tétanisation musculaire.

Quand au contraire l'attaque hystéro-épileptique n'est pas abandonnée à elle-même, lorsqu'elle est précipitée ou même complètement provoquée par des influences extérieures, dans l'ordre psychique ou somatique, comme une impression morale vive, ou l'attouchement des zones hystérogènes, le début de la période épileptoïde peut être tellement brusque que la malade tombe comme foudroyée, et la perte de connaissance est si rapide, qu'au sortir de l'accès, le souvenir de la cause qui l'a provoqué n'existe pas [1].

La *perte de connaissance* est complète pendant toute la durée de la période épileptoïde et l'on peut facilement s'en rendre un compte exact. La compression ovarienne permet de réveiller tout d'un coup la malade à n'importe quel moment de son attaque. Si on la réveille dans les autres périodes de l'attaque et qu'on l'interroge, elle raconte parfaitement le sujet de son hallucination; mais, pendant la période épileptoïde, sa réponse est invariable : elle ne sait rien, elle n'a rien vu, elle ne se souvient de rien.

Le *cri* de l'épileptique qui tombe n'existe pas ici. Contrairement à ce qu'a dit Briquet, M. Charcot professe que l'hystérique en tombant ne crie pas. Le spasme respiratoire qui survient brusquement

1. Dans son intéressante observation d'hystérie avec catalepsie et somnambulisme, publiée au nº de février 1860 des *Archives générales de médecine*, le Dr Mesnet raconte qu'un jour on présenta à la malade une lettre : aussitôt violentes attaques d'hystérie avec catalepsie; trois fois on lui présente la lettre, trois fois elle est reprise de convulsions, et, au sortir de chaque accès, elle n'a nullement conscience de ce qui vient de se passer, elle a oublié la lettre qu'on lui a présentée.

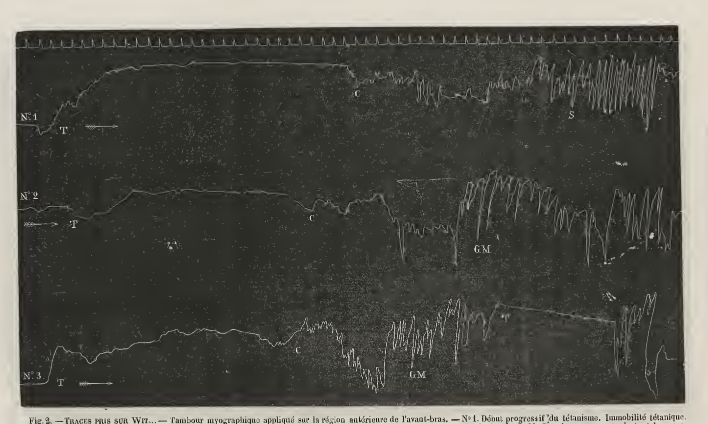


Fig. 2. — Traces pris sur Wit... — Tambour myographique appliqué sur la région antérieure de l'avant-bras. — N° 1. Début progressif du tétanisme. Immobilité tétanique. C. Mouvements cloniques. S. Grands mouvements de tout le corps. Salutations. — N° 2. T. Tétanisme. C. Mouvements cloniques. G. M. Grands mouvements de tout le corps. Salutations. — N° 3. T. Tétanisme. C. Mouvements cloniques. G. M. Grands mouvements de tout le corps. T. Nouveau tétanisme. Cri après lequel reprennent les grands mouvements. — On remarque la prédominance du tétanisme, l'absence complète de résolution, puisque les grands mouvements de tout le corps) qui font partie de la 2e période, succèdent immédiatement aux mouvements cloniques, enfin le peu de durée de la période épileptoïde tout entière.

est la cause quelquefois d'un son laryngien plus ou moins rauque ou étouffé. On peut entendre aussi quelque bruit pharyngien occasionné par une vibration du voile du palais, ou des mouvements de déglutition bruyants.

Gl..., qui à ce moment ouvre parfois la bouche démesurément, pousse quelques « Ah! ah! » gutturaux. Mais aucun de ces bruits différents ne saurait être qualifié de cri.

Ce n'est pas à dire que le cri n'existe pas dans l'attaque hystéro-épileptique, mais il ne se produit pas au début. Il fait partie de la deuxième période et est le plus souvent aigu et prolongé, toutefois il peut revêtir les caractères les plus variés. Nous le décrirons en temps et lieu.

§ II. — PHASE TONIQUE.

La tétanisation musculaire n'arrive pas d'emblée à son maximum. Elle débute d'une façon brusque et s'accuse par degrés, comme le montre la ligne de début de nos tracés. Mais avant d'arriver à l'*immobilité tétanique*, la malade exécute avec les membres quelques grands mouvements; ce qui nous conduit, pour plus de clarté, à subdiviser la phase tonique en deux parties :

a. phase tonique avec mouvements à grand rayon ou convulsions toniques. (Fig. 5).

b. phase tonique avec immobilité tétanique ou tétanisme. (Pl. II, p. 27).

a). — Phase tonique avec mouvements.

Les mouvements alors exécutés par la malade ont une grande analogie avec ceux qui se rencontrent dans l'*épilepsie partielle*. Ils ont pour caractères d'être d'une certaine lenteur, puisqu'ils sont exécutés par des parties du corps dont tous les muscles sont déjà contractés à un assez haut degré; de plus, ils sont étendus, ils produisent un déplacement du membre dans sa totalité; le plus souvent, ce sont des mouvements de circumduction. Ces deux qualités les distinguent des mouvements de la phase clonique, qui

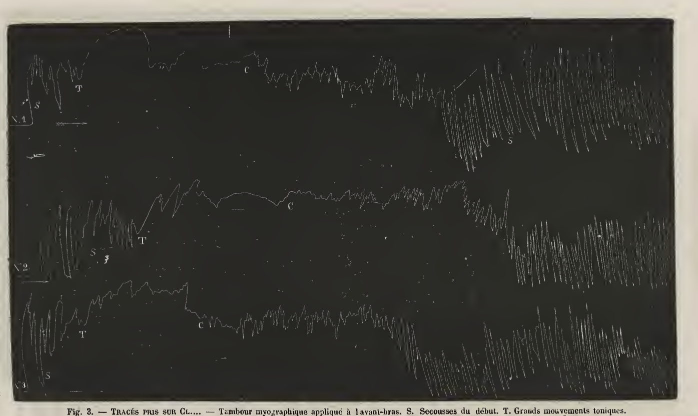


Fig. 3. — TRACÉS PRIS SUR CL.... — Tambour myographique appliqué à l'avant-bras. S. Secousses du début. T. Grands mouvements toniques. C. Convulsions cloniques. S. Secousses.

sont précipités et provoquent dans les membres de courtes oscillations.

Cette partie de la phase tonique se trouve représentée sur nos tracés (fig. 1, 2, 3, 4, 6, 8 et 10.) par une ligne, dont la courbe générale s'élève au-dessus du niveau de la résolution musculaire, pour se rapprocher de plus en plus du plateau de la tétanisation. De plus, cette ligne est ondulée, et cette ondulation répond aux grands mouvement de flexion, d'extension ou de rotation du membre, pendant lesquels les muscles sur lesquels se trouve appliqué le tambour explorateur, sont alternativement dans un état de contraction et de relâchement relatif.

Enfin, on peut remarquer une petite dentelure fine et assez irrégulière de toute la ligne, qui correspond à une légère trépidation de tout le membre, et qui semble être la marque d'une tétanisation incomplète.

Ces convulsions toniques ont une physionomie particulière suivant les malades. Elles sont générales, mais le plus souvent avec une prédominance marquée d'un côté.

La tête se raidit, se renverse lentement en arrière, faisant saillir le cou qui se gonfle, ou bien subit un mouvement de rotation, tournant habituellement la face du côté du corps où prédominent les convulsions, ou bien demeure rectiligne, un peu penchée en avant et s'enfonçant entre les deux épaules qui s'élèvent. La face, excessivement pâle tout d'abord, ne tarde pas à se congestionner. Le front se ride, les yeux convulsés cachent habituellement leur pupille sous la paupière supérieure, ou roulent dans l'orbite. La pupille est dilatée, quelquefois au contraire elle semble resserrée. L'immobilité n'existe pas plus là que sur le reste du corps. La bouche s'ouvre démesurément, la langue sort quelquefois et se meut d'une commissure à l'autre : ou bien les mâchoires sont fortement serrées, et, par un mouvement de déduction du maxillaire inférieur, la malade fait entendre un grincement de dents souvent très intense. Le nez se plisse différemment. Enfin toute la figure est grimaçante. Cette distorsion de la physionomie se produit avec une lenteur relative, et par là même se distingue

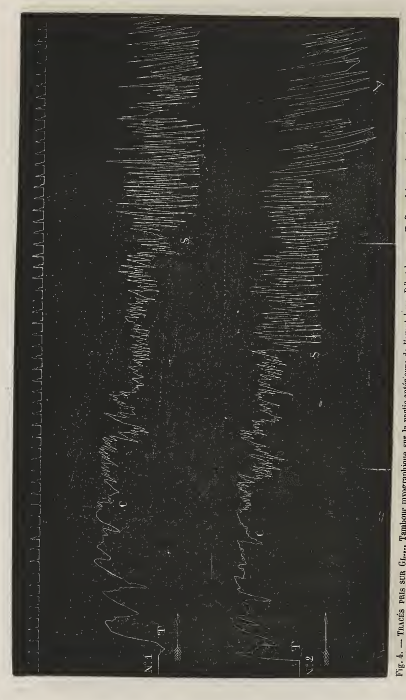


Fig. 4. — Tracés pris sur Gl.... Tambour myographique sur la partie antérieure de l'avant-bras. Début brusque. T. Convulsions toniques ; les bras s'élèvent et s'abaissent en se fléchissant. C. Convulsions cloniques. L'immobilité tonique fait défaut. S. Secousses.

facilement de l'agitation convulsive et partielle des traits qui marque la phase clonique.

La respiration s'arrête brusquement comme dans le phénomène de l'effort. Mais nos tracés montrent qu'elle n'est pas dans les premiers instants complètement suspendue. Il se fait de temps à autre de rapides mais profondes inspirations. Le *soulèvement de l'abdomen* se produit en même temps que l'ampliation thoracique et aussi brusquement. Et pendant cette phase tonique les deux tracés du pneumographe, tracé du thorax et tracé de l'abdomen, marquent de grandes oscillations isochrones et à peu près identiques, tandis que, comme nous le verrons plus loin, dans la phase clonique, l'antagonisme règne entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen.

Le gonflement du cou qui accompagne constamment la convul-

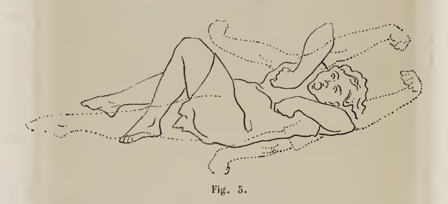


Fig. 5.

sion épileptoïde de l'hystérie est un phénomène important à signaler, car il ne se rencontre pas au même degré dans l'épilepsie vraie. Nous avons pu, M. Régnard et moi, en appliquant au tour du cou un des tambours du pneumographe, obtenir plusieurs tracés dont la courbe permet d'étudier plus sûrement les modifications de volume qu'il subit. On y voit (fig. 10, n° 3) que le gonflement du cou débute brusquement. La ligne du graphique baisse par une ascension presque verticale et le plateau s'établit, mais il est bientôt interrompu par de soudaines ascensions. Ces ascensions de courte

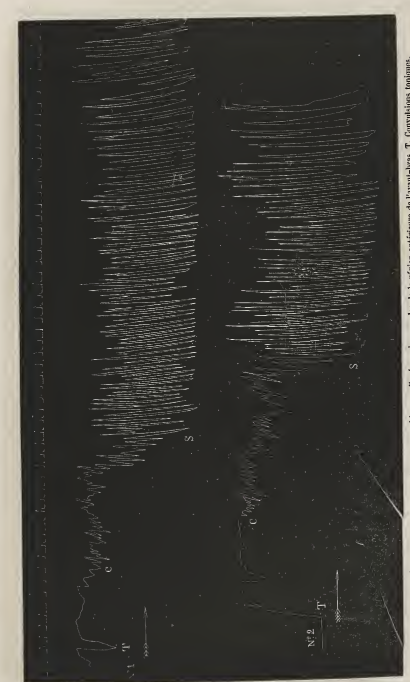


Fig. 6. — Tracés pris sur Gl... — Tambour myographique appliqué sur les muscles de la région antérieure de l'avant-bras. T. Convulsions toniques. S. Grandes secousses, remarquables par leur étendue.

durée correspondent aux quelques inspirations rapides indiquées sur le tracé pneumographique.

Les membres exécutent dès le début de la phase tonique quelques grands mouvements qui varient suivant les malades, mais qui, chez le même sujet, se répètent toujours à peu près de la même façon. Ce sont bien là les véritables convulsions toniques. Le plus souvent les bras exécutent de grands mouvements de circumduction qui peuvent se décomposer ainsi : (fig. 5) d'abord, mouvement de pronation avec flexion du poignet, le pouce contre la paume de la main et recouvert plus ou moins par les doigts fortement fléchis. Puis les bras s'élèvent, le coude se fléchit ramenant la main au niveau de la figure, et le membre tout entier reprend sa position première, étendu le long du corps, en accusant le mouvement de pronation. Ces mouvements se répètent trois ou quatre fois de suite.

Les jambes sont en même temps animées d'un mouvement analogue, se fléchissant et s'étendant tour à tour avec lenteur. La convulsion se montre quelquefois d'un seul côté et un seul bras exécute le grand mouvement dont il vient d'être question.



Fig. 7.

Le tronc, pendant que les membres s'agitent ne demeure pas immobile : il se tourne de côté, se fléchit ou s'étend.

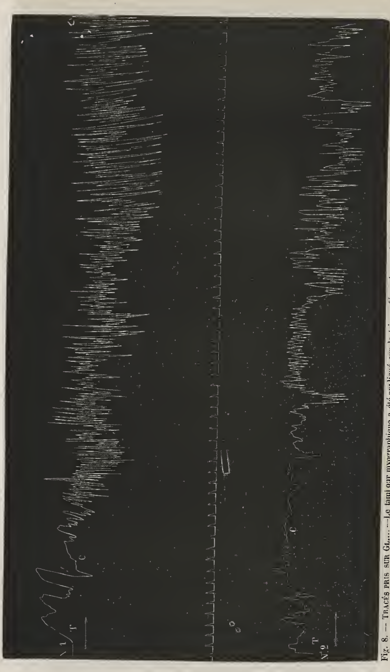


Fig. 8. — Tracés pris sur Gl.... — Le tambour myographique a été appliqué sur le triceps fémoral pour le tracé n° 1, et sur le jambier antérieur pour le tracé n° 2. T. Convulsions toniques. Le membre inférieur s'étend et se fléchit tour à tour avec lenteur. Pas de tétanisme. C. Clonisme, bientôt remplacé par les grandes secousses.

Marc... présente une grande variété dans ses mouvements toniques. ..

La face grimace affreusement. Les bras s'élèvent alternativement et exécutent une espèce de moulinet, par lequel les mains passent successivement devant la figure. Le poignet est fléchi, et les trois premiers doigts de la main, pouce, index, et médius sont étendus et écartés, pendant que les deux derniers sont fléchis. Le moulinet s'exécute parfois en plusieurs temps, et le bras demeure un moment élevé au-dessus de la tête avant de redescendre. (fig. 7.) Les jambes non seulement se fléchissent mais s'élèvent et se croisent diversement. Parfois elle se trouve ramassée en boule et fait un tour complet sur elle-même. (Fig. 9.)

Si nous avons décrit aussi longuement ce commencement de

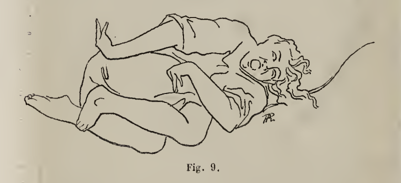


Fig. 9.

la phase tonique, ce n'est pas sans quelque raison, car bien que cette partie de la phase puisse être très courte et même ne pas exister du tout, il n'en est pas moins vrai qu'elle paraît spéciale à l'hystéro-épilepsie et que son extension explique l'aspect effrayant que revêt une des variétés de l'attaque hystéro-épileptique que nous étudierons plus loin, je veux parler des attaques démoniaques.

b). — **Phase tonique avec immobilisation. (Pl. 11, p. 27.)**

Après les convulsions toniques, la malade se trouve bientôt immobilisée par la tétanisation musculaire portée à son comble. Ce

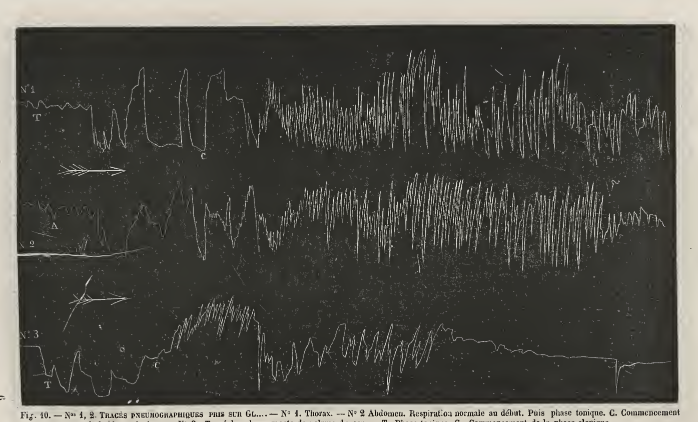


Fig. 10. — Nos 1, 2. Tracés pneumographiques pris sur Gl.... — N° 1. Thorax. — N° 2 Abdomen. Respiration normale au début. Puis phase tonique. C. Commencement de la phase clonique. — N° 3. Tracé des changements de volume du cou. — T. Phase tonique. C. Commencement de la phase clonique.

moment est marqué sur nos tracés par une ligne droite, un plateau qui est le point culminant de toute la courbe.

La position de la malade ainsi immobilisée est variable, le plus souvent elle est dans l'extension complète et le décubitus dorsal.

La tête est renversée en arrière, le cou gonflé au plus haut degré, les veines y dessinent des cordes saillantes. Il est fortement cyanosé, ainsi que la face, devenue bouffie et dont tous les traits sont contracturés et immobiles. L'écume apparaît aux lèvres.

Les bras sont étendus dans l'adduction et la rotation en dehors, le poignet fléchi, le poing fermé ; parfois les deux mains, ramenées vers le milieu du corps, se touchent par leur dos et même se croisent. Les membres inférieurs sont également dans l'extension, les



Fig. 11.

genoux fortement appliqués l'un contre l'autre, et les pieds en pied bot équin tournés en dedans ou en dehors. (Pl. 11. p. 27.)

Le tronc, roidi comme une barre de fer, repose sur le dos ou sur l'un des côtés ; il est fréquemment courbé en arrière comme dans l'opisthotonos.

Telle est l'attitude qui paraît la plus commune, mais elle peut varier beaucoup.

Le tronc et les membres diversement fléchis ou étendus peuvent donner aux malades les positions les plus imprévues et les

plus bizarres (Fig. 11), que l'on serait tenté de confondre avec les contorsions de la deuxième période, dont nous parlerons plus loin, si l'on ne remarquait qu'au tétanisme musculaire s'ajoutent ici deux phénomènes épileptiques importants : la perte de connaissance, et le spasme de la respiration.

C'est ainsi que le corps, courbé en arrière et ne reposant plus que sur les pieds et la tête, peut simuler l'arc de cercle, et que les bras, étendus perpendiculairement au tronc, peuvent faire croire à l'attitude du crucifiement, qui est le plus souvent une attitude passionnelle de la troisième période.

Mais dans quelque situation qu'il immobilise la malade, le tétanisme se résout bientôt et la deuxième phase, celle des mouvements cloniques, apparaît.

§ III. — PHASE CLONIQUE.

La phase clonique commence par de rapides et brèves oscillations du membre tétanisé. Elle est marquée sur nos tracés par une suite de dentelures, d'abord très fines, qui succède à la ligne droite du tétanisme. Peu à peu les dents s'accusent davantage en même temps que la courbe baisse vers la résolution. Dans son en-

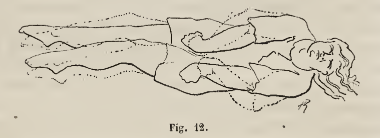


Fig. 12.

semble la phase clonique est représentée par une ligne de descente. Les secousses élémentaires, dont le plateau du tétanisme représente la fusion, deviennent de plus en plus accentuées. Enfin suit souvent un plus ou moins grand nombre de grandes secousses très rapprochées les unes des autres et qui agitent le membre,

alors qu'il n'existe plus trace de tétanisation. En effet ces secousses sont marquées sur le tracé par de grands crochets, la plupart dicrotes, et dont la base ou point de départ est au niveau de la ligne de la résolution musculaire.

Les mouvements cloniques sont généralisés (fig. 12). Ils affectent tout le corps, les traits de la face sont agités convulsivement, la tête est animée d'oscillations rapides aussi bien que les membres. Mais le plus souvent ils prédominent d'un côté du corps, ils peuvent même s'y montrer exclusivement.

Ils surprennent la malade dans la position que lui a donnée la phase tonique, et à mesure que la résolution s'opère, le corps s'affaisse peu à peu et quitte par degrés l'attitude tétanique qu'il avait. En même temps la respiration suspendue reprend péniblement. Puis elle s'effectue dans le plus grand désordre, l'inspiration est sifflante et l'expiration saccadée; il y a parfois du hoquet; des mouvements bruyants de déglutition se produisent et le ventre est agité de secousses avec borborygmes sonores.

Nos tracés pneumographiques montrent bien le désordre qui existe à ce moment dans le jeu des agents mécaniques de la respiration. Dans la respiration normale, l'ampliation thoracique se fait en même temps que le soulèvement de l'abdomen; et il ne peut en être autrement, puisque l'augmentation de la capacité de la cage thoracique se fait par un double moyen, le développement des côtes et l'abaissement du diaphragme. Or le diaphragme en s'abaissant refoule les viscères; et ceux-ci soulèvent passivement la paroi abdominale, qui ne joue plus que le rôle d'une membrane élastique. Mais supposons que les muscles de la paroi abdominale se contractent brusquement, leur effort vient combattre et annihiler celui du diaphragme. C'est ce qui arrive dans la phase clonique dont il s'agit : les muscles de l'abdomen sont pris de convulsions cloniques comme celles de tout le corps, et il en résulte, entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen, l'antagonisme nettement indiqué sur nos tracés (fig. 10) où l'on remarque :

1° D'abord un petit tremblement fin de toute la ligne, qui n'existe qu'au commencement de la phase clonique et coïncide

avec les courtes et rapides oscillations de tout le corps.

2° Les crochets sont en nombre égal aux deux tracés, ce qui montre la relation constante qui existe entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen.

3° Ils sont très rapprochés, en moyenne deux à trois par seconde. Rapidité des mouvements respiratoires.

4° Ils sont irréguliers en hauteur, les petits s'entremêlant avec les grands. Inégalité des mouvements respiratoires.

5° Les crochets des deux tracés sont souvent opposés par leur pointe. Antagonisme du thorax et de l'abdomen.

Le gonflement du cou subit les mêmes variations, il diminue de volume à chaque inspiration, et les mouvements cloniques se trouvent aussi représentés par le tracé qu'il a fourni. Dans l'inspiration, les dépressions susclaviculaires font saillir les sterno-mastoïdiens.

Toute la face est agitée de contractions qui se succèdent rapidement, et l'écume coule en abondance.

Cependant le calme se fait peu à peu, troublé seulement par les grandes secousses dont nous avons parlé, qui prédominent souvent aux membres supérieurs ou d'un seul côté du corps. La tête elle-même participe à ces mouvements, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à ceux produits par une commotion électrique. Mais d'abord très rapprochées, les secousses s'éloignent de plus en plus, pour faire place au relâchement musculaire complet qui constitue, la troisième phase de la période épileptoïde.

§ IV. — PHASE DE RÉSOLUTION MUSCULAIRE.

Cette phase n'est pas représentée sur nos tracés; ou du moinle début seul y est indiqué. Le muscle est complètement relâché, il ne se produit aucun mouvement, et l'aiguille immobile du myographe ne saurait tracer qu'une simple ligne droite, située au niveau le plus bas de la courbe.

Le corps est dans le décubitus dorsal; la tête s'affaisse le plus

souvent sur une épaule, la face est encore congestionnée et légèrement bouffie, les yeux sont fermés, la respiration s'établit plus régulière, mais elle est parfois très bruyante. Il y a un véritable

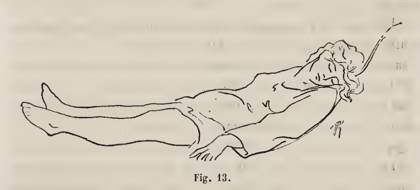


Fig. 13.

stertor, et la salive, battue, s'écoule des lèvres entr'ouvertes et soulevées par l'air expiré.

Il n'est pas rare de voir cette phase modifiée par la persistance d'un phénomène qui régulièrement lui est étranger. La résolution musculaire peut être incomplète, et un certain degré de contracture persiste dans tout le corps ou seulement dans un membre.

Cette contracture imprime à la malade, pendant la période du stertor, des attitudes variées.

Le sommeil est parfois interrompu par des secousses générales,

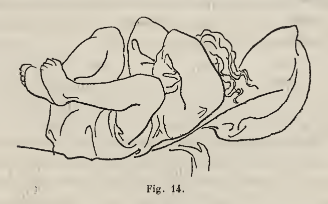


Fig. 14.

qui soulèvent complètement la malade, et la font quelquefois se ramasser en boule (fig. 14.)

Elle y demeure fort peu de temps et retombe aussitôt dans un relâchement complet.

Les secousses peuvent être partielles, occuper les membres ou la face.

Très souvent les paupières fermées sont animées de courtes et rapides oscillations.

§ V. — DURÉE DE LA PÉRIODE ÉPILEPTOÏDE ET DE SES DIVERSES PHASES

La période épileptoïde n'a guère de durée constante que dans ses deux premières phases : *tonisme* et *clonisme*. La phase de stertor et de résolution se prolonge d'une façon fort variable; il est difficile de la séparer de l'intervalle de calme qui souvent se trouve entre la période épileptoïde et la deuxième période de l'attaque, et parfois elle manque complètement. En moyenne on peut dire que la période épileptoïde dure dans son ensemble plusieurs minutes, deux, trois, quatre et cinq, rarement davantage. Mais s'il est difficile d'être précis sur la durée de toute la période épileptoïde, il n'en est pas de même relativement aux deux premières phases, qui, lorsqu'elles sont complètes, ont sous ce rapport une régularité remarquable. Des moyennes prises sur diverses malades et pendant plusieurs états de mal, alors que les attaques se répètent un grand nombre de fois, ont toujours donné un chiffre se rapprochant de soixante secondes.

Nos tracés ont été pris sur un cylindre dont la révolution s'accomplissait en soixante secondes. Et sur tous nous avons pu observer qu'un seul tour suffisait pour l'inscription des deux premières phases. Un chronographe marquant les secondes, nous permet de mesurer les diverses phases elles-mêmes. Les secondes peuvent être divisées par moitié entre la phase tonique et la phase clonique. La phase tonique elle-même semble pouvoir être subdivisée en deux parties égales : soit quinze secondes pour les convulsions toniques et autant pour la tétanisation.

Toutefois, il ne peut être question, pour ces subdivisions, que de moyennes très approximatives ; car nous verrons que la durée de ces diverses phases est susceptible de grandes variations.

§ VI. — VARIÉTÉS DE LA PÉRIODE ÉPILEPTOÏDE

Telle est la période épileptoïde complète et régulière : mais elle peut subir quelques modifications et constituer ainsi des variétés qu'il est facile de rattacher au type que nous venons de décrire.

Elle se modifie surtout de deux façons, ou par excès, ou par défaut. L'une de ses phases se prolonge au détriment des autres, ou bien l'une de ses phases ou même deux peuvent manquer. Ces deux modes de variation peuvent se combiner pour créer de nouveaux types : une phase peut se supprimer pendant qu'une autre prend une importance considérable. Enfin un élément étranger vient se surajouter à ceux qui d'ordinaire composent la période épileptoïde, par exemple : la contracture permanente et plus rarement l'hallucination.

L'on conçoit que sur ces données les variétés puissent se multiplier indéfiniment.

Voici cependant les principales qu'il nous a été donné d'observer.

a). Les grands mouvements toniques du début peuvent être très réduits ou manquer complètement. La tétanisation qui s'établit débute d'une façon progressive (Fig. 2. n° 1.), ou subite. (Fig. 2. n° 3.)

b). D'autres fois au contraire ils représentent à eux seuls la phase tonique, et l'immobilité tétanique manque absolument. Par exemple : (Fig. 3.)

La malade commence par exécuter quelques grandes convulsions toniques, et les petits mouvements cloniques suivent immédiatement. Par leur exagération, ces convulsions toniques contribuent à donner à la variété démoniaque de l'attaque l'aspect effrayant qu'on lui connaît.

c). Je n'insisterai pas sur la variété des convulsions toniques et des attitudes du tétanisme. Il en a été parlé assez longuement lors de la description de la phase tonique. La phase tétanique peut se prolonger et même représenter à elle seule toute la période épileptoïde de l'attaque.

d). Les petits mouvements cloniques sont constants, mais ils peuvent durer peu pour faire place aux secousses (Fig. 6).

Quelquefois au contraire ils se prolongent et occupent la plus grande partie de la phase épileptoïde (Fig. 4. N° 1).

e). Dans d'autres cas, quelques convulsions cloniques ou quelques secousses rapides peuvent représenter à elles seules toute la phase épileptoïde.

La troisième phase, ou phase de résolution, manquera complètement, ou bien elle sera interrompue de temps en temps par de violentes secousses. Enfin, comme je l'ai déjà dit, la résolution est souvent incomplète, la contraction musculaire persistant d'une façon générale, ou sur un point du corps seulement.

Je me réserve d'étudier au chapitre des attaques anormales quelques variétés de l'attaque épileptoïde, qui parfois constituent à elles seules toute l'attaque d'hystéro-épilepsie.

CHAPITRE III

DEUXIÈME PÉRIODE. — PÉRIODE DES CONTORSIONS ET DES GRANDS MOUVEMENTS (CLONISME)

Après un repos assez court, mais le plus souvent bien marqué, commence la deuxième période.

La deuxième période dans ses différentes phases et dans ses variétés semble répondre à un même principe et n'avoir qu'un seul but, celui d'une dépense exagérée de force musculaire. C'est, si l'on veut me passer une expression un peu vulgaire, la *période des tours de force;* et ce n'est pas sans raison que M. Charcot lui a donné le nom pittoresque de *clonisme*, rappelant par là les exercices musculaires auxquels se livrent les acrobates.

En effet, cette période comprend deux phases, celle *des attitudes illogiques* ou *contorsions* et celle des *grands mouvements*, toutes deux exigeant une souplesse, une agilité et une force musculaire bien faites pour étonner le spectateur, et qui, au temps des convulsionnaires de Saint-Médard, avaient paru tellement au-dessus des ressources de la nature que l'intervention divine seule semblait devoir les expliquer.

§ Ier. — PHASE DES CONTORSIONS OU ATTITUDES ILLOGIQUES

Ici la malade prend les positions les plus variées, les plus imprévues, les plus invraisemblables.

Parmi ces attitudes qualifiées *d'illogiques* par M. Charcot pour es opposer aux attitudes de la troisième période, *attitudes pas-*



2e PERIODE — PERIODE DE CLOWNISME



Fig. 1. Phase des grands mouvements



Fig. 2. Phase des contorsions
(Arc de cercle.)

sionnelles, qui toujours sont la représentation d'une idée ou d'un sentiment, il en est une pour laquelle la plupart des malades semblent avoir une préférence marquée. Elle se reproduit chez presque toutes et à peu près de la même façon. Le corps est courbé en arrière en forme d'arc, ne reposant sur le lit que par la tête et les pieds. Le ventre souvent météorisé forme le sommet de la courbe (pl. III, fig. 2). La rigidité de tous les membres est telle, qu'on peut déplacer la malade, la mettre sur le ventre ou sur le côté sans modifier cette attitude.

Cette forme de la contorsion se présente avec quelques variétés. Gen...., accumulant en quelque sorte les difficultés, soulève le plus souvent la jambe droite et ne repose plus que sur un seul pied.

La courbe du corps peut être plus ou moins accusée et la tête se rapprocher des talons.

Au lieu de reposer sur les pieds et la tête, la malade peut ne porter que sur un point du ventre, le reste du corps conservant sa position courbée. Quelquefois elle repose sur le côté.

Enfin, au lieu d'être courbé en arrière, le corps se fléchit, formant un arc de cercle anguleux à concavité intérieure.

Il arrive parfois que ces attitudes revêtent un caractère effrayant; les muscles de la face participent à la contracture générale, et reproduisent les expressions les plus terrifiantes. Les yeux sont démesurément ouverts, les sourcils contractés, la bouche béante et la langue sortie. Les traits, tirés en divers sens, rendent la face asymétrique. C'est l'image des possédés.

D'autres fois la grimace est moins terrible et se rapproche des contorsions grimaçantes des clowns.

Enfin, la situation que peut prendre le corps ne semble soumise à aucune loi, si ce n'est la loi de l'impossible (Fig. 15). Tout ce qu'une imagination en délire peut enfanter d'attitudes bizarres est susceptible d'être représenté. Je me réserve de revenir un peu plus loin et avec plus de détails sur ces attitudes, qui présentent leur plus haut degré de développement dans la variété démoniaque de l'attaque d'hystéro-épilepsie.

Les contorsions se distinguent des attitudes tétaniques de la pé-

riode épileptoïde, en ce que leur durée est beaucoup plus longue. La même attitude, *l'arc de cercle*, par exemple, est souvent gardée par Gen... pendant cinq à dix minutes. De plus, la respiration s'exerce plus ou moins facilement, mais elle n'est pas suspendue. Le spasme respiratoire n'existe pas, d'où l'absence de turgescence de la face. Il n'y a pas d'écume. On ne voit point non plus apparaître les petits mouvements cloniques qui sont la terminaison des attitudes toniques de l'épilepsie.



Fig. 15.

Lorsque cette phase des contorsions est suffisamment développée, l'on voit plusieurs des attitudes illogiques que nous venons d'indiquer se succéder; et la malade passe de l'une à l'autre sans transition.

§ II. — PHASE DES GRANDS MOUVEMENTS

Ces mouvements se séparent de ceux de la phase clonique par ce qu'ils sont beaucoup plus étendus et qu'ils n'ont aucune relation avec la tétanisation. Ils ne sont pas compatibles avec un degré

quelconque de contracture, et une des conditions de leur production est le relâchement musculaire complet.

Ces mouvements sont exécutés par le corps tout entier ou par une partie du corps seulement.

A — Le même mouvement se reproduit un certain nombre de fois de suite, quinze à vingt fois, avec une grande rapidité et une régularité qui ne se dément pas.

Le plus fréquent de ces mouvements est celui représenté ci-

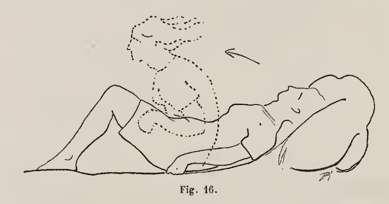


Fig. 16.

contre (fig. 16). Il consiste en une flexion brusque du tronc, la tête vient heurter du front les genoux, puis le corps se redresse vivement, et le dos et la tête frappent avec violence l'oreiller. Dans ce

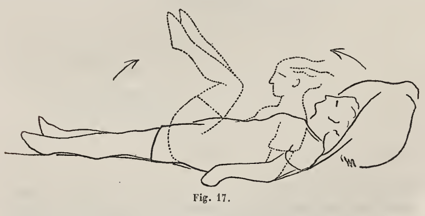


Fig. 17.

mouvement d'extension la malade prend un point d'appui avec ses pieds sur son lit, les jambes étant à demi fléchies.

Au lieu d'être exécuté par la partie supérieure du corps, ce grand mouvement est reproduit d'une façon analogue par les

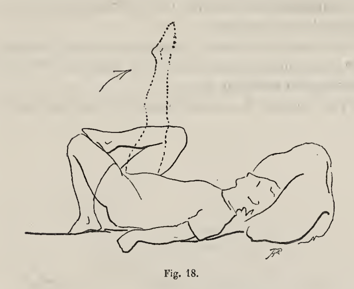


Fig. 18.

jambes seulement, ou bien la tête et les jambes participent à la fois au mouvement (fig. 17).

D'autres fois, le mouvement est plus local, il est exécuté par un

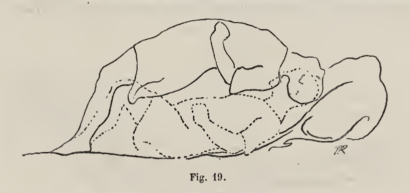


Fig. 19.

seul membre. Le pied droit, par exemple, vient frapper le genou gauche (fig. 18). Ou bien la malade réunit les deux bras en avant pour les lancer de côté avec violence.

Ler.... se soulève, tout le corps, reposant sur les pieds et la tête

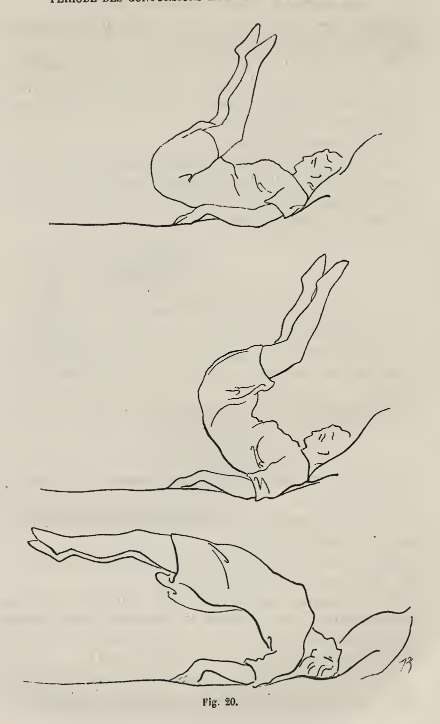


Fig. 20.

seulement, puis elle se laisse retomber sur le lit. Elle rebondit ainsi quinze à vingt fois de suite (Fig. 19).

Marc.... exécute encore un grand mouvement qui a beaucoup plus d'ampleur (fig. 20) : elle lance les jambes en l'air et passant par les trois positions figurées ci-contre, elle retombe sur son lit, qui fait l'office de tremplin, et ce grand mouvement recommence jusqu'à dix et quinze fois de suite.

Cri. Cette phase est souvent marquée au début par un cri d'un caractère tout spécial. Il est perçant, semblable à un sifflet de locomotive, prolongé et parfois modulé. Il se répète plusieurs fois de suite, le plus souvent trois fois.

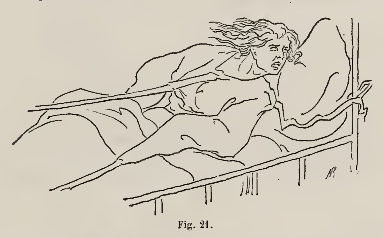


Fig. 21.

La malade s'enfonce dans son lit ou se ramasse sur elle-même pour pousser ce cri.

Il se produit avant les grands mouvements réguliers, entre deux grands mouvements ou après.

Il est distinct de celui qui s'observe à la même période, au milieu des mouvements désordonnés.

B. — Les grands mouvements en effet, n'ont pas toujours la régularité que je viens de décrire. Ils consistent parfois en une sorte de lutte. La malade se tourne dans tous les sens, elle essaye de se débarrasser des liens qui la retiennent (fig. 21).

C. — Survient quelquefois une sorte de rage. La malade entre en furie contre elle-même. Elle cherche à se déchirer la figure, à s'ar-

racher les cheveux. Elle pousse des cris lamentables. Ler... se frappe si violemment la poitrine avec son poing, qu'on est obligé d'interposer un coussin.



Fig. 22.

La malade s'en prend aux personnes qui l'entourent, elle cherche à mordre (fig. 22). Si elle ne peut les atteindre, elle déchire tout ce qui est à sa portée, ses draps, ses vêtements.

Elle pousse alors de véritables cris de rage ou des hurlements de bête fauve (fig. 23).

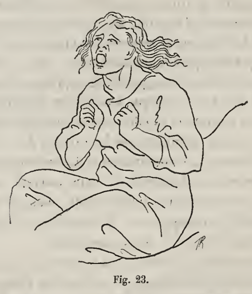


Fig. 23.

Elle frappe son lit de la tête en même temps que des poings, ré-

pétant ce mouvement jusqu'à satiété, puis la tête est animée d'un mouvement de rotation rapide. Elle se redresse, jette les bras de tous côtés, fléchit les jambes pour les étendre brusquement, secoue la tête en la balançant d'avant en arrière et en poussant de petits cris rauques; ou bien, assise, elle tourne alternativement



Fig. 24.

la partie supérieure du tronc de côté et d'autre, en faisant une sorte de salut et en agitant les bras (fig. 24). Ces mouvements sont entremêlés de cris et se prolongent souvent fort longtemps. J'ai vu Gen... s'agiter ainsi pendant près d'une demi-heure. Elle est essoufflée, la face est congestionnée, le cou gonflé; la respiration, précipitée, est accompagnée d'un bruit analogue à celui d'un soufflet de forge. Et cependant rien n'arrête la rapidité de ses mouvements.

Je n'insiste pas en terminant sur les variétés de cette deuxième période de l'attaque. Les contorsions et les mouvements peuvent se prêter à diverses combinaisons. Le plus souvent la phase des contorsions précède celle des mouvements, mais ces deux phases peuvent se mêler en quelque sorte, et une attitude illogique apparaître au milieu du désordre des mouvements.

Malgré leurs aspects si variés, il est à remarquer que les contorsions et les grands mouvements se présentent presque toujours avec les mêmes caractères chez la même malade. Je montrerai

plus loin comment l'exagération de cette phase peut donner lieu à des attaques d'un caractère particulièrement effrayant et qui méritent bien le nom d'attaques démoniaques.

§ III. — ÉTAT MENTAL PENDANT LA DEUXIÈME PÉRIODE

La perte de connaissance n'est pas la règle durant cette période, comme il arrive pour la période épileptoïde. Il est d'ailleurs fort difficile de s'en rendre un compte exact. Mais à la façon dont la malade s'agite, lutte, et cherche à déchirer ou à mordre, il semble qu'elle n'ait pas complètement perdu la notion du monde extérieur.

L'hallucination préside quelquefois aux grands mouvements. Nous en avons eu maintes fois la preuve chez Gl..., lorsque, l'arrêtant par la compression ovarienne au milieu de ses grandes salutations et lui demandant ce qu'elle fait, elle nous répond invariablement qu'elle court et se sauve, évitant la poursuite d'un personnage qui joue un grand rôle dans les hallucinations de la troisième période.

Wit..., réveillée par la pression ovarienne au milieu de l'arc de cercle, laisse échapper ces mots : « Oh! vous faites bien ! » Elle paraît délivrée d'un cauchemar. Si nous insistons pour connaître la nature de son rêve, elle hésite beaucoup à répondre. Une première fois elle dit qu'elle se trouvait sur une haute montagne et qu'elle tombait dans un précipice, une seconde fois elle avoue avec beaucoup de réticences qu'elle était en butte aux persécutions d'un « vilain homme ». Quoi qu'il en soit de la véracité de ces assertions, il ne nous paraît pas douteux que pendant cette attitude de l'arc de cercle mise par nous au nombre des contorsions de la deuxième période, la perte de connaissance n'est pas aussi absolue que pendant la période épileptoïde, et qu'il existe parfois une hallucination pénible. Malgré la présence de cette hallucination, les contorsions de la seconde période se séparent nettement des attitudes de la troisième, en ce que dans ces dernières la pose de la malade est

constamment en rapport avec l'hallucination qui existe toujours ; tandis que dans la contorsion il n'y a aucun lien nécessaire entre l'attitude de la malade et la nature de l'hallucination, quand elle existe. De telle sorte que si le nom d'*attitudes passionnelles* convient parfaitement à la troisième période, la dénomination *d'attitudes illogiques* n'est pas moins justifiée pour ce qui a lieu dans la deuxième période.



3E PERIODE _ PERIODE DES ATTITUDES PASSIONNELLES



Fig 1 Phase triste



Fig 2 Phase gaie

CHAPITRE IV

TROISIÈME PÉRIODE. — PÉRIODE DES ATTITUDES PASSIONNELLES

Entre la deuxième période et la troisième, la limite n'est pas toujours aussi nettement tranchée qu'entre la deuxième et la première. Il y a rarement un intervalle de repos, et le délire semble commencer dans l'attitude de la contorsion, et même pendant les grands mouvements.

Le caractère de cette période se trouve parfaitement défini par le nom que lui a donné M. Charcot, période des *attitudes passionnelles* ou des *poses plastiques*. Et en effet, ce n'est pas ici un simple délire de mémoire ou d'imagination; la malade est en proie à des hallucinations qui la ravissent et la transportent dans un monde imaginaire. Là elle assiste à des scènes où elle joue souvent le principal rôle; l'expression de sa physionomie et ses attitudes reproduisent les sentiments qui l'animent; elle agit comme si son rêve était une réalité. Et, par la mimique expressive à laquelle elle se livre, ainsi que par les paroles qu'elle laisse échapper, il est facile de suivre toutes les péripéties du drame qui se déroule devant elle, ou auquel elle prend elle-même une part active; — son hallucination, purement subjective, devient en quelque sorte objective par la traduction qu'elle en fait.

Quand elle est réveillée, la malade conserve le souvenir de tout ce qui s'est passé, et le récit qu'elle peut en faire concorde en tous points avec ce que l'on a observé.

Pendant cette période des hallucinations, elle est complètement insensible à toute excitation extérieure. La piqûre, la titillation de la conjonctive, l'application d'un bandeau sur les yeux, la respira-

tion de l'ammoniaque, un bruit violent aux oreilles, etc., rien ne peut troubler le cours de son délire. Nous ne connaissons que deux procédés qui, sur le champ, font évanouir le rêve et ramènent la malade à la réalité : c'est, en première ligne, la compression de l'ovaire, dont l'effet est constant et instantané, et ensuite le choc électrique, dont l'action, sans être toujours aussi prompte et aussi sûre, n'en est pas moins manifeste.

Le sujet de ces hallucinations est le plus souvent puisé dans le passé de la malade. Les scènes qui dans un sens heureux ou malheureux ont frappé son imagination, se reproduisent avec une vivacité que le temps ne peut éteindre, et surtout celles qui ont eu une influence sur le développement de la maladie.

D'autres fois, au contraire, l'hallucination est une pure création qui varie avec la richesse d'imagination dont est douée la malade.

On peut distinguer deux phases : la phase des hallucinations gaies et la phase des hallucinations tristes (pl. IV, p. 61). Ces deux phases se succèdent ou s'entremêlent sans interruption. Dans une même attaque, le tableau gai fait place au tableau triste, ou inversement, avec la rapidité des images qui passent sous les verres d'une lanterne magique. Souvent une scène est à peine commencée qu'elle est brusquement interrompue par une autre. Il y a là comme la taquinerie d'un malin génie que les malades ne peuvent éviter. Elles s'en plaignent souvent amèrement, disant « que le côté gai d'une attaque est toujours troublé par les visions terribles, et qu'en somme il y a plus de malheur que de bonheur ».

Gl... est celle de nos malades chez laquelle ces poses plastiques ou attitudes passionnelles ont le plus de régularité. Elles retracent principalement deux événements de son existence. Le premier, terrible, marque son entrée dans la vie ; elle avait dix ans quand elle en fut victime. Le second, au contraire, lui cause un plaisir qu'elle ne cherche pas à dissimuler.

Pendant les grands mouvements, qui sont toujours chez elle les grandes *salutations*, sa physionomie, où se peint l'effroi, indique que l'hallucination a commencé. En effet, si on la réveille à ce moment par la compression ovarienne, elle dit avoir peur de quel-

qu'un qui la poursuit, elle court, elle cherche à lui échapper. C'est l'apparition de ce personnage dont le souvenir, avec la persistance d'une obsession, revient sans cesse imprimer à cette phase de l'attaque son caractère si pénible.

Les grands mouvements se terminent par une vive agitation. La malade semble lutter pour se soustraire à des étreintes, et ces paroles lui échappent : « Au secours! Au secours! — Ah! vous ne m'aurez pas... Rendez-moi ma clef[1]!... Vous ne m'embrasserez pas... Il est minuit, rentrez!... Changez de verre!... Je ne boirai pas... Moi, je ne suis pas maman... Non, lâchez-moi... »

Mais elle ne peut longtemps soutenir la lutte. Tout d'un coup elle supplie; ses mains sont jointes, ses bras tendus en avant, elle se roule sur son lit en criant : « Pardon! pardon! »

Parfois, dans un mouvement plus accusé, elle se redresse et se met complètement à genoux. Dans ses poses, de plus en plus suppliantes, comme dans sa voix, dont l'accent devient plein d'angoisse et de terreur, on sent que le malheureux ne se laisse pas toucher.

Brusquement la malade retombe sur son lit comme terrassée par une force invisible. Elle est couchée sur le dos, étendue en croix : la tête, droite, légèrement renversée en arrière; les yeux grands ouverts; son visage exprime la colère et l'effroi; les bras sont roides, maintenus perpendiculairement au corps, les poings fermés; une seule jambe, *la droite*, est étendue et contracturée, la jambe gauche est demi-fléchie, et relativement molle. Les paroles qu'elle laisse échapper montrent clairement ce qui se passe :

« Il m'attache!... non, je ne vous céderai pas... d'abord je ne pourrai pas faire ma première communion... Oui, je crierai!... Oui, je crierai! Est-ce que je dois vous servir aussi... Vous allez m'étouffer en me mettant la main sur la bouche! »

Et, fait curieux qui indique avec quelle précision de détails la scène est représentée : d'après les renseignements qu'elle a donnés

1. Il paraît qu'une fois entré dans la chambre où la pauvre petite s'était réfugiée, le premier soin du persécuteur fut de fermer la porte et de s'emparer de la clef.

elle-même en dehors de la crise, son agresseur, après l'avoir placée en travers sur le lit, lui attacha la tête, les deux bras en croix, et une seule jambe, la jambe *droite*.

Après cette scène, qu'on pourrait appeler le crucifiement, survient une scène de menaces. Elle se relève furieuse, montre le poing, se jette en avant comme pour atteindre le coupable et ressemble à une véritable furie; elle crache à la figure du personnage imaginaire.

Mais son courage est au-dessus de sa force et la menace est parfois interrompue par des coups :

« Oh! là là! des coups... pardon, laissez-moi! De grâce, monsieur. Vous me faites mal... Oh! maman!... sale c... tu m'attacheras les bras et le cou... Oh! je le dirai à tout le monde... à quarante ans et quelques années!... quand on a une fille de vingt et un ans... »

Presque toutes ces paroles sont prononcées à demi-voix, les dents serrées et d'un ton contenu.

Il est une autre scène qui, pour être une pure création de son imagination, ne lui en inspire pas moins une grande frayeur. Elle voit un immense chariot couvert de tentures mortuaires et rempli de squelettes effrayants dont les yeux caves lancent du feu. Il y a des flammes rouges partout. Les squelettes essayent de l'attirer à eux et veulent la faire monter dans leur char.

Elle leur demande pardon.

Tous ces tableaux sont reliés entre eux et se succèdent le plus souvent dans l'ordre que nous avons indiqué, c'est l'ordre logique et répondant à la réalité. Cependant l'ordre en est parfois interverti, quelques-uns peuvent manquer ou se trouver mêlés diversement aux scènes de la phase gaie de l'hallucination.

Cette phase se compose d'une série de tableaux qui sont d'une précision et d'une régularité non moins surprenantes.

La transition est brutale : un geste de terreur ou de menace se trouve brusquement interrompu, la malade demeure interdite comme sous le charme d'une apparition; elle marque l'étonnement, la surprise mêlée de joie, son regard est dirigé en haut. Et

si on lui demande, en la réveillant subitement par la pression ovarienne, pourquoi elle regarde ainsi, et ce qu'elle voit : « Il est à un balcon, » répond-elle.

Puis elle tend les bras dans une attitude extatique.

« Oh viens! viens! »

Elle appelle d'une façon plus pressante en faisant signe avec le doigt. En même temps elle montre une place à côté d'elle. Ces mouvements sont répétés avec instances.

Enfin elle se renverse, ferme les bras, comme pour étreindre le fantôme, et le couvre de baisers.

Le calme revient peu à peu.

Elle fait la nique à un être imaginaire [1] en tirant la langue.

Puis elle prête l'oreille, elle écoute :

« Écoutez!... Écoutez!... Oh! la belle musique! »

C'est la musique militaire au milieu d'un grand jardin planté de marronniers roses. Elle s'y promène au bras du préféré. Les soldats sont vêtus de rouge et portent de grands pompons de cette couleur. La musique est très entraînante.

Ces détails nous ont été donnés par la malade en dehors de son attaque. Dans les différentes scènes qui composent l'hallucination gaie, il ne lui échappe que de brèves exclamations ou quelques mots isolés; tous ces divers tableaux se succèdent comme dans une pantomime d'une rare expression et se rattachent vraisemblablement, comme les scènes tristes, à quelques circonstances de sa vie passée.

L'hallucination de la musique militaire marque toujours l'approche de la fin de l'attaque. Bientôt elle voit des rats, elle a des mouvements de frayeur, elle frappe sur son lit comme pour les tuer. Puis elle se met sur son séant, se cache le visage dans les mains et déplore sa destinée :

« Ah! malheureux parents!... En voilà une femme que cette mère-là! Non, non, je ne veux pas y penser... Non, je me tuerai... mais ce n'est pas ma faute, à moi, si c'était son amant!... »

1. Vraisemblablement au personnage de la première scène.

Là commence un délire sans attitudes spéciales; il se prolonge pendant un temps plus ou moins long et doit être rangé dans la quatrième période. Nous y reviendrons au chapitre suivant.

Ce que nous venons d'exposer montre bien la justesse de la dénomination sous laquelle M. Charcot désigne cette période de l'attaque. Les divers tableaux qui la composent reviennent invariablement. Toutefois, suivant les attaques, ils peuvent être écourtés et même ne pas être tous représentés. Les gais et les tristes s'entremêlent diversement. Mais il est bien curieux d'observer qu'ils se présentent toujours avec la même physionomie. Ils sont en quelque sorte stéréotypés : les gestes, les attitudes, les paroles même ne varient pas.

Marc... ne le cède pas à Gl... pour le nombre et la variété de ses attitudes passionnelles ; mais elle offre moins de régularité. Elle semble avoir plus de ressources, elle est moins renfermée dans un cadre toujours le même, et, pour rendre un même sentiment, elle a comme un luxe d'attitudes différentes.

Son hallucination *gaie* est le plus souvent la reproduction des scènes de sa jeunesse, pendant laquelle, enfant du peuple, abandonnée à elle-même, elle a fréquenté les bals de barrières et les tavernes de la banlieue. L'hallucination *triste* est une création de son esprit.

Voici ce qu'elle raconte :

Elle est avec « Ernest » en partie de plaisir dans un de ces restaurants des environs de Paris, où les tables sont dressées sous des treillages garnis de plantes grimpantes et de fleurs. Mais son bonheur est troublé par le spectacle suivant. Elle voit une négresse entourée d'hommes noirs, aux bras robustes, tatoués à la façon de certains ouvriers et complètement nus. Ils veulent abuser de la malheureuse; une lutte s'engage, alors ils la saisissent par les cheveux et se mettent en devoir de la scalper. Le sang coule à flots sur le visage de l'infortunée, qui pousse des cris lamentables, appelle au secours et tend vers Marc... des mains suppliantes. Une sorte de balustrade la sépare de cette scène, elle voudrait secourir

la pauvre victime, mais elle ne peut; Ernest, qui voit le danger, la retient.

Tel est le côté lugubre du tableau; mais de l'autre côté, du côté d'Ernest, c'est bien différent. Ils sont en société nombreuse, Ernest a une foule d'amis qu'accompagnent d'autres jeunes filles. Tous les personnages n'ont pour vêtement qu'une large ceinture rouge, à l'exception d'Ernest, qui porte un costume espagnol. On s'attable, on mange des huîtres, on boit du vin blanc, on chante, on rit beaucoup. Puis l'on se divise par groupes et l'on recherche les coins obscurs du jardin.

Les scènes amoureuses ne manquent pas dans le passé de Marc..., et leur souvenir occupe une grande place dans son délire et dans ses attitudes.

Une circonstance malheureuse est venue en 1875 ajouter au côté triste de son délire. Elle est ainsi rapportée dans l'*Iconographie :* « Il était intéressant de rechercher la cause de ces modifications des attaques (expressions de colère, de dédain, de dégoût). Notre curiosité était d'autant plus vivement excitée que pendant les jours qui suivirent, Marc... était plus triste que de coutume et pleurait souvent A force d'insistance, nous parvînmes à savoir que, peu auparavant, Marc... était sortie en ville et que, le soir, la personne qui la ramenait à l'hospice et qui lui touche de près par les liens du sang, l'avait fait monter en voiture et avait essayé d'abuser d'elle. Cette tentative, bien qu'elle ait échoué, l'avait vivement et douloureusement impressionnée [1]. »

Son délire érotique peut se porter également sur les personnes qui la fréquentent, elle appelle avec des gestes provocateurs M. X., Y. ou Z. Pour d'autres, au contraire, elle a des gestes de dédain et desattitudes de souverain mépris.

Gen..., lors de ses attaques régulières, n'a pas la variété d'attitudes que nous avons trouvée chez Gl..., et Marc...

Le plus souvent son hallucination est lubrique. Elle voit Camille, l'appelle, le presse de venir :

1. Bourneville et Regnard. — *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. I, p. 125.

« Camille, je n'ai jamais aimé que toi. »

Elle affecte des poses théâtrales accompagnées de ces paroles :

« Donne-moi ton amour. »

« Ne m'outragez pas. »

Ou bien elle prend des attitudes silencieuses, se rapprochant de l'extase. Elle est à genoux ou assise sur son lit, l'œil au ciel, un doigt levé ou les mains jointes. Elle demeure ainsi complètement absorbée pendant plusieurs minutes.

Ou bien elle s'écrie : « Mon Dieu! secourez-moi! » Sa prière ne laisse pas de paraître édifiante; mais bientôt elle reprend ses propos inconvenants et les attitudes passionnées reparaissent.

Vient ensuite un délire de mémoire interrompu de temps à autre par des visions de corbeaux et de vipères, et pendant lequel elle raconte tous les événements de sa vie. Ce délire dure souvent fort longtemps, mais il fait partie de la quatrième période, dont nous parlerons plus loin.

En dehors de ses attaques, Gen... a des extases que l'on doit considérer comme des attaques modifiées et réduites à une seule phase, celle des attitudes passionnelles. Il en sera question quand nous traiterons des diverses variétés de l'attaque.

Ang..., a des hallucinations fort variées.

Dans l'ordre *gai* elle voit « Alphonse » [1], perçoit ses embrassements, et les scènes d'amour d'autrefois se reproduisent. Parfois, elle l'accable de reproches.

Elle assiste à une noce dont les mariés lui sont inconnus.

Elle se promène dans un grand jardin, sous de grands arbres. Il y a beaucoup de roses blanches.

Dans l'ordre *triste* la scène d'Alphonse a son pendant [1].

1. Cet Alphonse était un marin qui la séduisit, il y a huit ans, alors qu'elle était à Marseille. Elle se brouilla avec toute sa famille à cause des relations qu'elle entretenait avec cet homme dont elle était amoureuse, et qui ne tarda pas à l'abandonner. Ang... a toujours conservé la mémoire de son amant. Alphonse joue un grand rôle dans toutes ses attaques.

2. En 1871, Ang... a été faite prisonnière par les communards. Le délégué l'a gardée un mois et a abusé d'elle, après l'avoir menacée de son pistolet. Elle a eu une grande frayeur. Depuis elle le revoit toujours dans ses attaques, elle se débat, elle résiste.

Elle voit de grosses bêtes qui ont des ailes immenses, des griffes énormes et un gros bec crochu. Ces animaux sont toujours à sa gauche et se précipitent sur elle.

Ang... voit encore deux hommes nus jusqu'à la ceinture, couverts de poils, et d'un aspect repoussant. Ils veulent abuser d'elle malgré ses résistances. Ces deux hommes reviennent toujours ensemble l'obséder et la tourmenter.

Elle voit quelquefois une grande lueur semblable à celle d'un incendie.

Elle assiste à un enterrement. Les corbillards sont blancs avec des croix noires et couverts de couronnes blanches. Il y a beaucoup de personnes en larmes qu'elle ne connaît pas. Le mort est aussi un inconnu. Elle voit le cercueil descendre dans la fosse.

Pendant tout ce délire, ses gestes sont en rapport avec la nature de son hallucination. Elle laisse échapper des paroles comme celles-ci :

« Viens!... tu ne veux pas?... On me persécute... Tu m'as trompée!... Il m'avait recommandée à toi... Il avait confiance en toi, sale bête. — (Cris, elle se débat.) Tu ne m'auras pas!... non... Qu'est-ce que dira ma sœur Eugénie, mon beau-frère?... S'ils savaient ce que tu as fait... Tu es la cause qu'ils sont tous fâchés... Je t'aimais!... Tu ne m'aimes pas!... Mais je t'aime encore... », etc.

Wit... a un délire et des hallucinations qui rappellent aussi les principaux événements de sa vie. Elle parle d'un certain Alphonse, l'appelle « ingrat » et lui adresse les reproches les plus sanglants.

Elle appelle aussi « maman ».

Elle voit des lions rouges et des lézards au bec rouge qui lui causent une frayeur extrême.

Ler... nous offre un délire épouvantable, où la lubricité n'est pour rien, et qui rappelle les émotions et les frayeurs qui ont occasionné sa maladie.

Il est intéressant de faire ressortir l'influence des causes occasionnelles de l'attaque sur la nature des hallucinations. Les émotions violentes qui ont présidé au développement de l'hystéro-épi-

lepsie se reproduisent et donnent à l'attaque son cachet particulier. Chacune de nos malades en est un exemple. De plus, l'hystérie une fois confirmée, les attaques peuvent se trouver modifiées par les impressions vives ressenties dans l'intervalle; nous l'avons observé maintes fois, en particulier chez Marc... et chez Alph. B... « Les impressions ressenties dans l'intervalle des attaques ont le plus souvent donné aux épidémies le caractère particulier qu'a eu chacune d'elles, caractère qui a frappé tous les observateurs ». (Briquet.)

CHAPITRE V

QUATRIÈME PÉRIODE. — PÉRIODE DE DÉLIRE

Après la période des attitudes passionnelles ou poses plastiques, on peut dire à proprement parler que l'attaque est terminée. La connaissance est revenue, mais en partie seulement, et pendant un certain temps la malade demeure en proie à un délire dont le caractère varie; il est entrecoupé d'hallucinations et accompagné parfois de quelques troubles du mouvement. Ce délire constitue une quatrième période, par laquelle passe la malade avant de retrouver son équilibre normal. C'est comme un reste de l'attaque qui s'épuise, et les accidents qui se présentent alors sont justement comparables et, parfois même, identiques à ceux qui précèdent l'attaque et lui servent en quelque sorte de prélude.

§ Ier. — DÉLIRE

Le délire est le plus souvent un délire de mémoire, il porte sur les événements qui ont marqué la vie de la malade. Il est triste et mélancolique. La malade raconte toute son histoire et l'accompagne de lamentations qui ont parfois un accent de vérité vraiment saisissant.

Gen... termine presque toujours ses attaques par quelque discours de ce genre :

« Ah! pauvre Gen...! qui pourra comprendre ma douleur!... Dieu seul... Je devrais ne pas le recevoir... Il m'outrage... Je devrais être sa femme, il fait de moi sa maîtresse... mais je l'aime trop... tout est perdu pour moi!... »

Tout à coup elle se redresse, et regardant avec des yeux pleins de larmes, comme si quelqu'un venait de s'approcher de son lit : « Tiens!... te voilà!... » Elle pleure abondamment : « Oui, oui... je t'aime et je suis en colère... je voudrais que tout cela finisse... Fais-moi mourir... Personne n'en saura rien... Donne-moi quelque chose pour me faire mourir... » Puis, après un moment de calme : « Et dire qu'il a eu la cruauté de se faire connaître!... Ah! ... la nuit qu'il m'a tout avoué, il aurait mieux fait de se casser une jambe... Me marier!... jamais de la vie, jamais un homme ne me sera rien... Ah! Camille, Camille! ... je veux mourir dans ma douleur! »

Parfois ce délire triste revêt un caractère effrayant. Je l'ai vue un soir, après une série d'attaques, alors que la camisole avait été enlevée, entrer tout d'un coup dans une fureur incroyable. Elle s'était levée, et avec de véritables hurlements de douleur, parcourait la salle, en s'arrachant les cheveux et en frappant de la tête les murs et le parquet. Elle criait : « Ah! malheureuse que je suis! — Je veux mourir. » Trois ou quatre infirmières avaient beaucoup de peine à la maintenir ; on essaya, mais sans succès, de lui remettre la camisole. Et cependant, tout ce tapage cessa comme par enchantement lorsque, après l'avoir étendue par terre, je parvins à lui comprimer l'ovaire.

Habituellement ce délire est plus calme et Gen... commence la longue histoire de ses aventures. La compression de l'ovaire ou les interversions de courants électriques arrêtent brusquement, au milieu d'une phrase, toutes ces divagations, et montrent bien qu'elles sont sous la dépendance de l'affection hystérique. Mais aussitôt après le délire reprend, et sur un sujet différent ; ce qui prouve que pendant le temps d'arrêt, la malade a complètement perdu la mémoire de ce qui vient de se passer. Elle ne continue pas l'histoire commencée, elle en reprend une autre par son milieu, semblant continuer un récit déjà entrepris, ou comme quelqu'un qui, feuilletant un volume, lirait au hasard les premières lignes de quelques pages.

Ce délire de la quatrième période porte sur les sujets les plus

variés. Il est tantôt gai, triste, furieux, religieux ou obscène. Le ton général en est donné par l'impression du moment.

En voici un exemple entre mille :

Depuis quelques jours Marc... est atteinte d'une bronchite, elle est morose, elle est fatiguée de la vie et voudrait mourir. Elle songe beaucoup à une de ses anciennes compagnes du service, Thérèse L., morte depuis un an.

Elle est prise d'attaques dont les différentes phases se développent comme d'habitude, mais dans le délire de la fin on reconnaît la préoccupation de son esprit : « Thérèse!... tu viens me placer tes mains froides sur la figure... Je te reconnais bien... Je te vois assez souvent les nuits... Morte d'une bronchite négligée! — Moi, je veux bien mourir comme ça! — Je voudrais aller au cimetière... Papa?... Je ne le vois pas souvent... Qui voulez-vous que j'aime? Maman est morte à vingt-sept ans... J'ai vécu un an de trop (Marc... a vingt-huit ans)... Voilà ce que c'est de mourir dans un hospice!... Au moins, chez soi, on a des parents qui vous embrassent... Pourquoi voulez-vous que je tienne à la vie?... »

A la suite d'un autre accès, le même sujet revient : « Si j'entendais seulement dire : la poitrine est prise... Souffrir et ne jamais mourir!... Avoir une vie dure comme la mienne!... Je suis doncs une bête... pas comme les autres femmes... »

Marc... n'a pas toujours un délire aussi lugubre. Parfois les scènes du passé reviennent à son esprit; on se retrouve avec Ernest. Absorbée dans ses réflexions, elle parle toute seule, et l'on entend ces paroles prononcées à demi-voix :

« Je n'irai pas à l'école du soir... Vaut autant ça que de savoir écrire... Ça fait autant de bien... Si papa me demande pourquoi je suis rouge, je dirai que j'ai couru... J'ai été te voir hier, tu dois être content... tu m'embrasses toujours... (Gaieté lubrique.) — Oh! « va à l'école! va à l'école! » je m'en fiche; je vais à l'école chez lui... il m'apprenait à lire et à écrire..., etc. »

Pendant ce délire, la malade a recouvré entièrement la connaissance et reconnaît parfaitement ceux qui l'entourent, ou bien

elle commet des erreurs de personnes et se figure voir près d'elle les gens qu'elle a connus autrefois.

Gen... ne manque jamais d'appeler du nom de Camille celui qui, arrêtant son attaque par la pression ovarienne, amène ce délire de la quatrième période.

D'autres fois le délire est remplacé par un mutisme obstiné. La malade est taciturne, elle fuit la société, il est impossible de lui arracher une parole.

Ou bien elle est prise par accès d'un rire nerveux dont elle ne peut se défendre; c'est ainsi que Lesp... termine habituellement ses attaques.

Enfin, ce qui est plus rare, la malade demeure stupide, elle cherche dans son lit, arrange ses draps, etc... et, suivant l'expression pittoresque de Calmeil, semble mettre de l'importance à passer pour imbécile. Cette terminaison est beaucoup plus fréquente dans les accès d'épilepsie vraie, à la suite des vertiges *du petit mal.*

§ II. — HALLUCINATIONS

Le délire est mêlé d'hallucinations, des voix se font entendre... La malade se lève pour courir au-devant de celui qui l'appelle. Elle voit encore des personnages connus, ou des scènes complètement imaginaires.

Gl..., au moment où finissent ses attaques, écoute la musique, elle fait signe du doigt. C'est la musique des militaires rouges.

Soudain, elle est saisie d'une grande frayeur causée par les rats noirs avec leurs longues queues.

Puis survient le délire mélancolique: « Malheureux parents, etc... »

Ler... s'accroupit sur son lit et « souffle le feu ».

Ce qui semble caractériser ces hallucinations de la fin, c'est la fréquence et la persistance des visions d'animaux.

Gen... est assaillie par des vipères et des corbeaux. Au milieu du délire dont nous avons parlé, elle s'arrête soudain, l'effroi peint sur ses traits, elle soulève ses draps ou sa chemise : « Des

vipères!... j'en ai plein mon lit... elles me montent par tout le corps. »

Les corbeaux apparaissent habituellement du côté gauche de son lit.

Marc... s'écrie tout d'un coup avec un geste d'horreur : « Tous

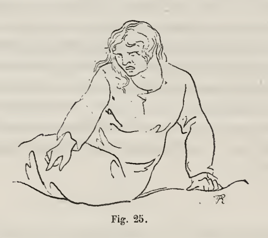


Fig. 25.

ces crapauds!... » puis, avec des larmes : « Papa... tu es là dedans... (Elle crache)... Des araignées... Ah! ce rat... etc... »

C'est pendant cette période de l'attaque que se produisent les affirmations les plus audacieuses. La malade croit à la réalité de ses rêves et de ses hallucinations, elle accuse souvent les plus innocents avec une persistance, un accent de sincérité fait pour tromper les plus incrédules.

Un certain soir Wit..., au sortir de ses attaques, accuse Gl... de lui avoir dérobé ses fleurs [1]. Elle l'a vue, elle l'a prise sur le fait, il n'y a qu'un instant. Et nous sommes demeurés près d'elle tout le temps qu'a duré son attaque. Gl... n'a pas même paru dans la salle. Tous nos efforts n'arrivent pas à convaincre Wit... qu'elle est victime d'une hallucination.

Gen... est intimement persuadée qu'elle a vu Camille, elle serait prête à le jurer à la face du ciel et de la terre.

1. Wit..., comme presque toutes les hystériques, avait orné la tête de son lit de fleurs artificielles.

Il y aurait certainement un chapitre intéressant à faire sur l'état mental des hystériques, mais nous ne pouvons que l'indiquer ici. En effet, cette croyance à la réalité de leurs hallucinations persiste parfois en dehors du temps des attaques. Nous en avons un exemple frappant dans Gen..., qui croit à la réalité de son commerce avec Camille. Nous pouvons nous expliquer ainsi les dépositions de ces malheureuses, qui, aux temps de sorcellerie, s'accusaient elles-mêmes avec tant d'audace et d'obstination, se vouant à la torture et au bûcher, plutôt que de renoncer à la croyance d'un commerce diabolique qui n'avait jamais existé que dans leur imagination. A une époque plus rapprochée de nous, la connaissance des faits que nous indiquons ici peut jeter quelques lumières sur le malheureux procès dont La Roncière fut victime en 1834[1].

§ III. — TROUBLES DU MOUVEMENT

La *contracture générale* ou *partielle* persiste souvent après l'attaque.



Fig. 26.

A. — *Contracture généralisée.* La contracture généralisée peut

1. *Causes célèbres de tous les peuples*, par A. Fouquier, cahier 46.

être douloureuse au point d'arracher à la malade, complètement revenue à elle, des cris déchirants.

Gen... à la fin de ses attaques voit souvent ses quatre membres contracturés dans des situations variables. Le plus souvent ils sont dans l'extension, mais ils ne restent pas dans une immobilité absolue. La contraction semble varier à tout instant, augmentant ou se relâchant un peu. Un tambour myographique appliqué sur le mollet, montre, par le mouvement continuel du levier enregistreur, que le muscle demeure peu de temps dans le même état de contraction. Tantôt la contracture s'exagère successivement sur les différents segments du corps, de sorte que les membres se contournent les uns après les autres; tantôt le mouvement est



Fig. 27.

encore plus restreint et se trouve limité aux pieds, aux mains et même à un seul doigt. Ou bien le tétanisme général s'accuse partout à la fois, tous les muscles se dessinent sous la peau en saillies vigoureuses, et ces exacerbations de la contracture arrachent des cris à la patiente.

La contraction des muscles abdominaux est telle que la compression ovarienne devient très difficile; lorsque cependant on ar-

rive à la pratiquer, le relâchement musculaire se produit peu à peu et la contracture peut cesser complètement pour reprendre aussitôt que la compression n'est plus exercée. Les interversions électriques sont sans effet sur ces contractures.

Cet état de contraction musculaire généralisée donne à la malade des attitudes variées et souvent bizarres, qui, malgré leur ressemblance avec les attitudes que nous avons décrites dans le tétanisme de la période épileptoïde, et dans la période des contorsions, s'en distinguent aisément. Nous avons déjà signalé comme *caractères communs* aux attitudes du tétanisme et aux contorsions : — *a*). Leur variété ; — *b*). La perte de connaissance au moins apparente ; — *c*). L'immobilité tétanique ; et comme *caractères distinctifs:* — *d*). Le peu de durée ; — *e*). Le spasme de la respiration ; — *f*). La perte de connaissance absolue, pour les *attitudes de la phase épileptoïde* ; — *d*). La durée souvent longue ; —*e*). L'absence de troubles respiratoires ; — *f*. Parfois la présence d'une hallucination pénible, pour les *attitudes de la phase des contorsions*.

Ici :

a). Les attitudes sont également variées.

b). Mais la perte de connaissance n'existe pas, il n'y a pas d'hallucination, la malade a parfaitement conscience de son état, elle souffre horriblement et demande à grands cris qu'on la soulage.

c). De plus, l'immobilité n'est pas absolue, l'attitude ne demeure pas longtemps la même, elle varie sinon dans son ensemble, au moins partiellement, vu l'état de contraction instable du muscle; nous sommes en présence d'une sorte de *crampe généralisée* qui s'exaspère tantôt sur un point, tantôt sur un autre ; c'est un phénomène purement musculaire, et le sensorium commun n'est point atteint.

d). Enfin cet état peut se prolonger et la respiration n'est habituellement pas troublée.

Marc... voit souvent ses attaques se terminer comme celles de Gen... par ces contractures généralisées.

Nous aurons à examiner plus loin comment la prédominance de ces crampes généralisées donne à certaines de ces attaques, que les malades appellent du nom de *tortillements*, un caractère particulier.

B. — *Contracture partielle*. La contracture partielle, qui parfois succède aux attaques et se montre dans la quatrième période, n'est habituellement pas douloureuse. Elle atteint un bras, une jambe, ou bien une partie de la face, la langue..., etc.

Elle peut porter sur les viscères : la contracture de l'œsophage peut empêcher pendant un certain temps l'alimentation, et la contracture du sphincter de l'urèthre, nécessiter le sondage.

Parfois au contraire l'attaque laisse derrière elle une parésie ou une paralysie de certains muscles, se traduisant par l'impuissance fonctionnelle d'un membre, par l'incontinence d'urine..., etc.

Enfin les secousses ou commotions épileptoïdes générales ou partielles peuvent se rencontrer ici comme dans les prodromes de l'attaque. Il en est de même des spasmes viscéraux : hoquet, nausées, vomissements, borborygmes, etc...

Il n'est pas rare de voir au contraire des troubles musculaires, contractures ou paralysies, qui existaient parfois depuis plusieurs années, cesser brusquement à la suite d'une attaque convulsive. Des faits de ce genre ont pu passer pour des miracles, comme le témoigne le récit de Montgeron.

Je ne ferai qu'indiquer ici les sécrétions qui parfois terminent l'attaque.

Les urines abondantes et claires ont été signalées par tous les auteurs. Pour Sydenham, l'urine claire est un signe pathognomonique de l'hystérie.

Mathieu parle de l' « émission d'une sorte de mucus vaginal, si fréquemment observée à la fin des attaques d'hystérie, que des auteurs ont considéré comme un sperme féminin [1] ».

1. Mathieu, *loc. cit.*, p. 505.

« Une jeune dame, rapporte Cerise, avait plusieurs fois par jour de légères attaques d'hystérie, lesquelles se terminaient par une abondante salivation [1]. »

Cette quatrième période peut durer de quelques heures à plusieurs jours.

1. Cerise. *An. méd. psyc.*, sept. 1843.

CHAPITRE VI

MARCHE. — DURÉE DES ATTAQUES. — ÉTAT DE MAL HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE

A. *Marche des attaques. Durée.* — Les périodes dont on vient de lire la description se succèdent dans l'ordre que nous avons suivi, pour constituer une *attaque d'hystéro-épilepsie* régulière et complète. La période épileptoïde dure en moyenne de une à trois minutes. D'ordinaire elle est nettement séparée, par un moment de calme, de la seconde période (clonisme : grands mouvements et contorsions), dont la durée est à peu près égale à celle de la période épileptoïde. Enfin la ligne de démarcation est bien moins nette entre les attitudes passionnelles et la deuxième période, l'hallucination commençant quelquefois pendant celle-ci. La période des attitudes passionnelles est la plus longue, elle dure en moyenne de cinq minutes à un quart d'heure.

Ces trois périodes, qui constituent à proprement parler l'attaque, ont ensemble une durée moyenne d'un quart d'heure à une demiheure. La quatrième période, qui est plutôt une sorte de prolongation de l'attaque que l'attaque elle-même, a une durée fort difficile à préciser. Elle peut être fort courte, de quelques minutes seulement, ou se prolonger plusieurs heures.

B. *État de mal hystéro-épileptique.* — Mais l'attaque d'hystéro-épilepsie se montre très rarement isolée. Elle se répète plusieurs fois de suite, pour former ce qu'on appelle des séries d'attaques, parfois fort longues. C'est l'état de mal hystéro-épileptique.

Dans les séries, les attaques se succèdent de deux façons :

1° Elles s'imbriquent, c'est-à-dire qu'une attaque n'est pas finie qu'une autre commence aussitôt. La malade ne reprend pas con-

naissance. Dans ce cas, la quatrième période fait défaut, et les attitudes passionnelles sont brusquement interrompues par la période épileptoïde d'une nouvelle attaque. La quatrième période ne se montre qu'à la fin de la série.

2° Les attaques sont séparées par un intervalle de lucidité plus ou moins long, comme il arrive toujours chez Gl..., qui, entre chacune des attaques composant ses séries, jouit d'un repos de dix minutes à un quart d'heure. Dans ce cas l'attaque est complète et la quatrième période est représentée.

Le nombre des attaques qui composent une série peut être considérable, de vingt à cent, quelquefois davantage. La série se prolonge pendant quatre, cinq heures et même un jour entier.

Enfin les séries elles-mêmes peuvent se succéder, ne laissant par jour que peu d'heures de repos, pendant lesquelles la malade prend quelque nourriture. Et cet état peut durer quinze jours, un mois, et même davantage.

Un caractère clinique très important, signalé par M. Charcot dans ses « Leçons sur les maladies du système nerveux », sépare *l'état de mal hystéro-épileptique* de *l'état de mal épileptique :* « Si, dans l'état de mal épileptique à grandes séries, la température s'élève très rapidement à un haut degré, en même temps que la situation devient des plus graves, au contraire, dans l'état de mal hystéro-épileptique à longue série, la température ne dépasse guère le chiffre normal, et d'ailleurs l'état général concomitant n'est pas de nature à inspirer de l'inquiétude. » (Charcot.)

A la suite des séries d'attaques, la malade est courbaturée, mais elle est loin d'éprouver une fatigue en rapport avec la dépense musculaire énorme qui s'est produite. La plupart même sont encore, pendant plusieurs heures, en proie à une agitation qui éloigne le repos. Quand tout est fini, il faut peu de temps pour réparer les forces ; le visage, un peu défait, ne tarde pas à reprendre sa coloration habituelle, et aucun signe sur la physionomie ne trahit la gravité des accidents qui viennent d'avoir lieu. Même chez les hystériques dont les séries sont fréquentes, la santé générale ne paraît pas altérée ; plusieurs ont de l'embonpoint.

La régularité que nous avons signalée dans le mode de succession des diverses périodes d'une attaque, peut se retrouver dans le mode de succession des attaques qui composent une série.

Un exemple bien curieux nous en est donné depuis quelque temps par Wit...

Les attaques composant la série ne se ressemblent pas. La série compte quatre attaques qui se succèdent ainsi qu'il suit :

N° I. — 1re *Période.* — Tétanisme prolongé; membres dans l'extension; — mouvements cloniques; — secousses; — stertor; — écume.

2e *Période.* — Grands mouvements; — la tête frappe l'oreiller.

3e *Période.* — Attitudes passionnelles; — elle voit le lion rouge; — crainte, terreur et menace, elle lève le poing.

N° II. — 1re *Période.* — Semblable à la précédente.

2e *Période.* — Grands mouvements; — la tête frappe l'oreiller; — puis arc de cercle parfait; les bras sont dans l'extension; les yeux ne sont pas convulsés; respiration normale; se prolonge de deux à trois minutes.

La période des attitudes passionnelles fait défaut.

N° III. — 1re *Période.* — Ne varie pas.

2e *Période.* — Grands mouvements; — pas de contorsion.

3e *Période.* — Attitudes passionnelles; elle voit Alphonse; scène lubrique; réveillée, elle se plaint amèrement.

N° IV. — 1re *Période.* — Toujours la même.

2e *Période.* — Grands mouvements; — puis contorsion qui ne ressemble pas complètement à la contorsion du n° II; arc de cercle incomplet : elle est couchée sur le côté droit, les bras fléchis, les coudes portés en avant et les mains sur la poitrine; — durée, deux à trois minutes.

La *troisième période* manque, comme dans l'attaque n° II.

Après cette première série commence immédiatement une seconde série, exactement semblable à la première, et ainsi de suite. En résumé, l'attaque entière est composée d'une série de séries.

Cet ordre est tellement invariable que si par la pression ovarienne on supprime l'attaque n° I à son début, c'est l'attaque n° II

qui commence. Si l'on veut me permettre une comparaison un peu banale, mais qui me paraît devoir bien faire comprendre ce qui se passe ici, notre malade ressemble à ces boîtes à musique qui possèdent plusieurs airs différents, mais disposés dans un ordre invariable. Arrêtons-nous successivement une, deux, trois attaques, il semble que nous ayons sauté un, deux, trois crans de la boîte à musique, et si nous laissons ensuite l'attaque suivre son cours, c'est le motif suivant, le n° IV, qui s'exécute. De telle sorte que chez cette malade nous pouvons à volonté laisser se dérouler l'une ou l'autre de ses attaques.

CHAPITRE VII

LA GRANDE ET LA PETITE HYSTÉRIE.

L'attaque convulsive de la grande hystérie, avec les caractères qui viennent d'être tracés, n'est pas, bien entendu, particulière aux malades réunies dans le foyer où ont été recueillies nos observations. On sait depuis longtemps que l'imitation peut avoir une certaine influence sur la forme que revêtent les accidents de l'attaque hystérique. Mais ce n'est pas ici le cas, en ce qui concerne tout au moins les grands traits de notre description. Ces traits se retrouvent tels quels, sans modification fondamentale, chez les malades isolées de la ville, où l'influence de l'imitation ne peut être en jeu; on les retrouve aussi dans les observations faites à l'étranger; c'est ce dont témoignent, par exemple, les faits recueillis récemment en Écosse par M. le Dr Inglis, assistant à l'asile d'Édimbourg, et dont les détails ont été consignés dans le n° 3 du *Progrès médical*, année 1879. On retrouve dans ces descriptions la succession des diverses phases : épileptiques, des grands mouvements, des attitudes passionnelles, etc., etc. L'influence décisive de la compression de l'ovaire y est également signalée expressément, etc. Les descriptions de M. le Dr Leidesdorf, de Vienne, témoignent dans le même sens.

A l'appui de la thèse que je soutiens ici, thèse défendue déjà par M. Charcot dans ses dernières conférences cliniques, je puis citer quelques faits recueillis en dehors de l'hôpital et ayant trait à des malades venues de différents points de la France ou même de l'étranger.

M. le Dr Pascal, que je remercie ici de son extrême obligeance,

a bien voulu mettre à ma disposition les documents qu'il est à même de recueillir journellement sur les nombreuses malades hystériques soignées à l'institut hydrothérapique de Passy.

Dans une de ces observations inédites, dont le sujet est une jeune malade de seize ans atteinte d'hystérie avec hémianesthésie gauche et contracture de la jambe du même côté, nous trouvons consigné ce qui suit :

Notre malade voyait des anges partout, elle leur envoyait des baisers et conversait avec eux. Plusieurs fois par jour, elle avait des crises cataleptiques [1] d'abord, puis épileptiformes. La malade est sur son lit, raide comme une barre de fer. La raideur est telle qu'on peut la transporter à la douche sans que les membres ni le corps éprouvent la moindre flexion. Parfois, après quelques minutes de cette raideur, la malade se contracte vivement en *arc de cercle*, s'appuyant sur les talons et sur la nuque, puis se laisse retomber brusquement en se débattant. Ces crises étaient combattues par la douche, un peu plus tard par l'enveloppement dans un peignoir trempé d'eau glacée.

La première et la seconde période de l'attaque hystéro-épileptique avec leur mode de succession se trouvent bien clairement indiquées ici. La malade arrivait de Bretagne pour se faire traiter à Passy.

La description de l'attaque est plus complète dans l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans atteinte d'hystéro-épilepsie, avec contracture de l'œsophage et crises périodiques revenant tous les soirs de cinq à sept heures et de neuf à cinq heures du matin. Les trois périodes y sont nommées et décrites. Voici en quels termes, après avoir indiqué les précautions à prendre pendant les crises, M. Pascal les caractérise :

A ces précautions, nous ajoutons celle de placer la malade sur un matelas par terre, afin que, dans ses contorsions, lorsqu'à la forme cataleptique (première période) succédera le désordre des mouvements (deuxième période) et la forme passionnelle (troisième période) de la crise, la malade ne puisse ni s'échapper, ni se blesser. Car il faut noter que la crise commençait toujours par un envahissement brusque, la malade tombait comme fou-

1. M. Pascal, sous cette dénomination, n'entend désigner autre chose qu'une raideur tétanique de tout le corps.

droyée. Cet état durait une ou deux minutes, puis la phase hystéro-épileptique survenait, l'agitation grandissait, prenant appui sur les talons et sur la tête ; il était nécessaire d'envelopper la malade pour pouvoir la contenir. Des cris aigus accompagnaient cette phase de la crise. A cette agitation extrême succédait les attitudes de la prière, pendant lesquelles la malade lève les yeux au ciel et croise les bras, jusqu'à ce qu'un mouvement convulsif du bassin la ramène à la phase précédente ou au réveil, ce qui arrive le plus souvent.

Cette jeune malade arrivait d'Étain (Meuse) et n'avait jamais eu connaissance de ce qui pouvait se passer à la Salpêtrière. Or, il est difficile de trouver une description se rapprochant davantage de celle que nous avons donnée. Nous y trouvons en effet : la première période épileptoïde avec son début brusque, le tétanisme et la durée de une à deux minutes; la deuxième période avec la tendance à l'arc de cercle, la violence des grands mouvements et les cris; enfin la troisième période avec l'attitude passionnelle de la prière ou de l'extase, que nous avons observée plusieurs fois chez Gen...

M. Pascal achève lui-même le rapprochement que nous faisons ici, disant que parfois, après les attitudes de la prière, un mouvement convulsif du bassin indiquait le début d'une nouvelle attaque. Chez cette malade, comme chez les nôtres, les attaques se produisaient donc par séries.

Dans une autre observation de M. Pascal, nous retrouvons également les caractères des trois périodes, et la répétition des attaques pour former des séries qui duraient jusqu'à sept et huit heures sans interruption.

La malade, âgée de vingt-sept ans, atteinte d'hystéro-épilepsie, avec ovarie à gauche, troubles de la vision et de la sensibilité, aphonie complète, etc., arrivait de province pour se faire traiter à Passy en mai 1874. — L'observation a été publiée avec détails dans le *Moniteur de la santé*, n° 2, mars 1874. Au sujet de la nature des crises, voici les renseignements qu'a bien voulu nous communiquer M. Pascal :

La crise était précédée d'une douleur très vive à l'ovaire gauche, à la région précordiale et à la tête. La malade, sentant l'invasion du mal, essayait de lutter, disant : « Non, je ne veux pas être malade. » Puis l'attaque débutait brus-

quement par une *raideur tétanique* de tout le corps qui durait de cinq à dix minutes. — A cette immobilité succédait une *agitation extrême*, accompagnée de cris perçants. Le corps prenait la forme d'un *arc de cercle*, les bras et les jambes étaient animés de mouvements si violents, que la femme de chambre ne parvenait à maîtriser la malade qu'en s'asseyant sur ses genoux. Ensuite survenaient des *attitudes de frayeur*, le facies devenait horrible et était très congestionné.

Enfin la malade retombait dans l'immobilité tétanique qui inaugurait une nouvelle crise. — Les attaques se succédaient ainsi pendant sept et huit heures.

L'observation suivante, également fort intéressante au point de vue qui nous occupe, m'a été communiquée par M. Weill, externe des hôpitaux, qui l'a recueillie en ville. Les quatre périodes de l'attaque y sont parfaitement indiquées. L'hystérie s'est développée sous l'influence de vives émotions, lorsque, la malade habitait une ville du midi. Elle habite aujourd'hui Paris, et les crises ont conservé le même caractère qu'au début de l'affection.

Mlle X..., âgée de vingt-cinq ans, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de dix-neuf ans. — Sa mère et sa grand'mère sont toutes deux mortes tuberculeuses à l'âge de trente ans. Son père est mort fou dans une maison de santé, à la suite de violents chagrins domestiques.

Vers l'âge de dix-neuf ans, à la suite de vives émotions, est survenue la première attaque d'hystérie. — Ceci eut lieu dans le Midi. Les attaques, qui se succédaient d'abord à de longs intervalles, reviennent aujourd'hui à peu près tous les mois, de préférence au moment de la menstruation; mais elles ont toujours eu le même caractère. La malade habite maintenant Paris.

Ceux qui entourent habituellement la malade ont remarqué chez elle, dès le matin qui précède les crises, une agitation et une inquiétude extrêmes. Elle ne peut rester en place et s'irrite d'un rien; tout, jusqu'à la présence de son enfant, lui est à charge. Puis l'attaque éclate brusquement.

La tête se tourne à droite sur l'oreiller. Les yeux roulent dans l'orbite et se dirigent du même côté et en haut. En même temps le tronc décrit un léger arc de cercle dont la concavité répond à la gauche de la malade. Les membres sont dans l'extension forcée, l'avant-bras en pronation. Cette période est caractérisée uniquement par des mouvements toniques. La durée en est à peine d'une minute.

A cette première phase de l'attaque succède, sans transition aucune, une nouvelle période pendant laquelle la malade est agitée de violents mouvements du tronc et des membres. Le corps est alternativement projeté en avant et en arrière, et chaque fois la tête retombe violemment sur l'oreiller. La malade est complètement étrangère à tout ce qui se passe autour d'elle. Puis, comme épuisée par les efforts qu'elle vient de faire, elle retombe cou-

chée sur le dos et respire largement. La résolution musculaire est complète.

A cet entr'acte succède une scène dramatique jouée par la malade et des personnages invisibles. Ce sont des hommes noirs qui veulent l'enchaîner, comme ils ont déjà enchaîné son père. Elle les apostrophe, lutte contre eux; sa figure exprime tantôt l'effroi, tantôt la colère.

La scène change subitement : le drame fait place à la comédie. C'est au tour d'un musicien aux cheveux bruns à entrer en scène. Il joue de la guitare, tout en se livrant à une pantomime assurément fort comique, à en juger du moins par les éclats de rire qui saluent sa présence.

C'est là que le cycle est complet. Une nouvelle attaque recommence, semblable à la première. Les trois étapes successives que nous venons de parcourir, nous allons les parcourir de nouveau, avec les mêmes incidents et les mêmes épisodes.

Plaçons ici une remarque intéressante. Si l'on vient à comprimer la région ovarienne, on ne produit, à quelque moment d'ailleurs que l'on opère, qu'une série non interrompue d'éclats de rire convulsifs qui ne cessent qu'au moment où la compression cesse elle-même.

Les attaques se succèdent ainsi pendant un temps qui varie d'une heure et demie à deux heures.

Les attaques sont suivies ordinairement d'un délire non incohérent. La malade retrace avec une grande richesse d'expressions deux grandes scènes de son enfance, scènes très-dramatiques et qui ont fait une profonde impression sur elle. Pendant son délire, elle voit les assistants; mais elle ne les reconnaît pas et les prend pour les personnages qui ont joué un rôle dans les scènes qu'elle retrace. Elle voit également les objets teints en rouge. Elle demande de l'eau, on lui en apporte. Elle n'en veut pas : « C'est du vin, dit-elle; je vous demande de l'eau, l'eau n'est pas rouge. » On lui apporte un bain de pieds sinapisé. Elle s'écrie qu'elle ne veut pas prendre un bain de sang.

Elle reconnaît peu à peu les assistants, et la crise se termine par d'abondantes larmes.

Je dois à l'extrême obligeance du Dr Thermes quatre observations bien probantes. Elles ont pour sujet des malades hystériques venues de différents pays étrangers, et qui lui ont été adressées par M. Charcot, pour les soumettre au traitement hydrothérapique.

Hystérie. Hyperesthésie ovarienne gauche. Parésie des membres supérieurs et inférieurs. Contracture passagère des pieds. Hémianesthésie gauche. Dyschromatopsie gauche. Aphonie incomplète et passagère, etc.

Mlle X., âgée de quinze ans, née aux États-Unis de Colombie (Véné-

zuéla, Amérique méridionale), est atteinte d'hystérie à forme convulsive. Jeune fille forte, bien développée, bonne santé habituelle.

Prodromes de l'attaque : malaise, anorexie, quelquefois vomissements.

Avant l'attaque, *aura hystérique*: douleur partant de la vulve gauche. Puis les irradiations ascendantes s'accusent.

L'épigastre devient sensible, et la malade y éprouve comme un serrement; les battements cardiaques s'accélèrent; une sensation de globe ou de boule est ressentie à la gorge, les oreilles et principalement l'oreille gauche bourdonnent; la vue s'obscurcit à droite, à gauche il y a achromatopsie complète; la tempe gauche bat douloureusement, l'on dirait qu'elle reçoit des coups de marteau. Puis, tout à coup, la jeune fille pâlit, incline la tête à gauche et perd connaissance. L'attaque est commencée :

1° Il existe une raideur semi-tétanique du tronc et des membres. La face reste pâle, elle n'est ni tuméfiée, ni violacée; il n'y a point d'écume à la bouche, les mâchoires sont serrées. Les paupières sont fermées; si on les écarte, on trouve les yeux fortement portés en strabisme divergent, les conjonctives légèrement hyperesthésiées.

Bientôt, à cette phase *tonique* succède une phase *clonique*. Les paupières battent légèrement, les muscles de la face sont animés de petits mouvements rapides et saccadés, le corps est agité de faibles secousses, commençant par les membres supérieurs, puis inférieurs, et se généralisant dans toutes les parties du corps.

Mais les muscles ne tardent pas à se relâcher, et après cette phase de *résolution*, qui dure de deux à trois minutes, la malade, sans coma, sans respiration stertoreuse, entre dans la période de *contorsions* et de *grands mouvements*.

2° Les membres supérieurs sont pris de mouvements lents : le bras est porté tantôt en avant et en dehors, tantôt en arrière; puis, c'est l'avant-bras qui est fléchi sur le bras ou au contraire étendu; c'est la main qui est fléchie sur l'avant-bras, s'incline en dedans, de l'adduction passe à l'abduction et de la pronation à la supination; enfin, ce sont les doigts, dont les phalanges sont fléchies les unes sur les autres, celles-ci sur les métacarpiens, la seconde rangée du carpe sur la première, le poignet sur l'avant-bras; ce sont encore les doigts, dont les uns sont dans la flexion, tandis que les autres restent dans l'extension: toutes ces attitudes variant à l'infini, tous ces mouvements s'exécutant avec une certaine rapidité, sans être toutefois précipités.

Au tronc, ce sont des mouvements plus étendus de flexion et d'extension, quelquefois de torsion, sans être désordonnés.

Quant aux membres inférieurs, on voit la cuisse fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse, parfois tout le membre est étendu; les orteils sont fléchis, ou encore le pied prend l'attitude de l'*équin varus*.

Durant ce temps les paupières battent, mais laissent les yeux fermés; ceux-ci, lorsque l'on examine, sont animés de mouvements saccadés, restent en strabisme convergent; le visage est moins pâle, mais à peine coloré,

il y a des tressaillements des muscles élévateurs de la mâchoire. C'est la phase des *contorsions*.

Elle dure à peine deux ou trois minutes, et voici qu'apparaissent les *grands mouvements*.

Les membres sont agités de mouvements rythmiques, mais rapides et à grandes oscillations ; les doigts sont écartés et rappellent le geste de la *jettatura*. Le corps se courbe et se recourbe en arc de cercle, le bassin est fortement projeté en avant, les paupières sont tour à tour fermées et ouvertes et laissent entrevoir des yeux hagards et injectés, le visage grimace parfois et la face se colore.

3° Mais la scène change et les *attitudes passionnelles* apparaissent.

Tantôt debout, dans la pose du gladiateur antique, elle semble attendre résolument un ennemi, tantôt, au contraire, elle s'élance sur lui, l'attaque, le frappe et cherche à le terrasser ; puis elle s'arrête, le regard plein de colère et de vengeance ou de satisfaction; parfois, elle se couche comme fatiguée, mais bientôt elle se relève rapidement, et la lutte recommence quatre, cinq fois de suite, jusqu'à ce que l'ennemi soit vaincu. Ici, c'est un matelas qu'elle frappe, qu'elle plie, replie, sur lequel elle s'élance, qu'elle piétine avec courroux, et finit par lancer violemment dans l'espace.

4° Enfin ces mouvements, ces attitudes passionnées, ces poses plastiques, représentant exactement les idées qui assiègent l'esprit de la malade, cessent ; la malade se laisse tomber sur son lit, comme accablée; elle ferme alors les yeux, gémit, se plaint quelquefois et pleure ; ou bien elle se lève en sursaut, se jette de côté comme si elle avait vu quelque chose qui l'eût effrayée. En effet, ce sont des *hallucinations* qui se présentent, c'est la période de *délire post-hystérique*, la période des *hallucinations;* la malade a de la zoopsie, elle voit des animaux, des *perroquets*, et principalement des *singes*, toujours du même côté, à gauche.

Toutes ces périodes durent un quart d'heure à vingt minutes. Elles se succèdent et se renouvellent parfois de façon à amener un état de mal hystérique. Dans ce cas, elles laissent après elles et momentanément les phénomènes suivants :

La malade ne voit pas, elle ne parle pas, elle n'entend pas ; il lui est impossible de se lever, il y a contracture des extrémités inférieures, ou bien, si elle se lève, elle marche avec peine et à l'aide de deux personnes; il y a parésie des extrémités inférieures. Après un temps variable, une demi-heure à une heure, la malade commence à voir les objets et les personnes; mais il y a du côté gauche de l'amblyopie, de la dyschromatopsie, presque de l'achromatopsie, puis l'ouïe revient; enfin c'est au tour de la voix et de la parole. Celle-ci est d'abord lente et difficile, mais bientôt les mots sont nettement articulés; seulement la malade ne parle plus qu'anglais, elle ne peut prononcer un seul mot d'espagnol, ni de français. Enfin la mémoire revient complètement, la malade reparle les trois langues et reprend son état habituel.

Hystérie. Hémianesthésie gauche. Ovarie gauche. Dyschromatopsie; Parésie des extrémités. Contractures passagères des membres, etc.

M[lle] X., âgée de quinze ans et demi, grande et vigoureuse, née à Moscou (Russie), est atteinte d'hystérie à forme convulsive.

Voici ce que nous avons constaté :

Une demi-heure et parfois immédiatement avant l'attaque, apparaît l'*aura hystérique :* ovarie gauche, douleur s'irradiant vers l'épigastre, accélération des battements du cœur, sensation de constriction à la gorge, sifflement dans l'oreille gauche, battements dans la tête, puis perte de connaissance. La malade n'entend plus, ne sent plus, ne voit plus, ne parle plus.

Après un temps variant entre trois et cinq minutes, commence l'attaque.

1° L'inspiration devient légèrement sifflante, la face est quelque peu colorée, après avoir été pâle; il y a immobilisation du corps et des membres.

Les paupières sont fermées; les yeux sont en strabisme interne. Il n'y a pas protrusion de la langue. Légère salive à la bouche. *Phase tonique.*

Bientôt apparaît la phase *clonique*. Les paupières battent légèrement, puis énergiquement; la face, portée entièrement à gauche, est animée de petits mouvements rapides, brusques, saccadés, et la figure devient grimaçante. Ces oscillations d'abord brèves et comme hachées s'accentuent, s'étendent aux membres supérieurs et inférieurs et gagnent toutes les régions du corps. *Phase clonique.*

Après deux ou trois minutes, ces secousses ne tardent pas à diminuer, puis à cesser, et la *phase de résolution* se montre. Les muscles se relâchent, la face redevient pâle, la respiration reste un peu bruyante, sans être stertoreuse.

2° Après un calme de une à deux minutes, quelquefois trois, commence la période des *contorsions* et des *grands mouvements*.

La main et les pieds sont fortement fléchis, portés en dedans, les doigts sont crispés, tordus ou dans l'extension complète; les orteils sont tantôt dans l'extension, tantôt dans la flexion; les avant-bras se fléchissent sur les bras, sont en supination ou en pronation; les bras exécutent des mouvements de rotation en dedans et en dehors autour de l'épaule; les jambes sont fortement fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin, ou bien les extrémités inférieures se mettent dans une extension forcée; les mâchoires se resserrent, les dents claquent ou grincent, la face grimace.

Puis ont lieu les *grands mouvements* ou la phase de clonisme. Tantôt c'est la tête qui est baissée jusqu'au niveau des genoux et renversée brusquement en arrière, tandis que les pieds, les jambes et les cuisses se recourbent et sont lancés en arrière, puis fortement projetés en avant; tantôt c'est le corps qui, vigoureusement soulevé dans son milieu et recourbé en arc de cercle, ne porte que sur le sommet de la tête; parfois c'est le buste que l'on voit projeté, soit en avant, soit en arrière; et ces différents mouvements s'accompagnent de petits cris aigus, stridents et brefs.

Parfois enfin c'est une sauterie cadencée, allant graduellement *crescendo* et se terminant par un frappement énergique des pieds sur le sol.

Dans cette phase, le délire est généralement commencé, mais il arrive cependant que la malade a parfois conscience de ses actes et de ses mouvements, qu'elle ne peut dominer que momentanément, auquel cas sa crise s'accentue et ces grands mouvements ne sont que plus accusés.

3° La période d'*attitudes passionnelles* manque souvent; quand elle se présente elle revêt un léger caractère érotique, mais elle n'est qu'esquissée.

4° Lorsque la connaissance revient, que la malade a plus ou moins conscience du sentiment du monde réel, elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle entend des voix d'hommes, ceux-ci sont vêtus de rouge et semblent grimper le long des arbres pour pénétrer dans la chambre. Elle voit encore des souris grises qui s'approchent de son lit, et les entend chanter. Cette zoopsie est presque constante. Il n'y a ni pleurs, ni rires; il existe une certaine mélancolie.

Cette attaque durait un quart-d'heure à vingt-cinq minutes, selon que la compression ovarienne était faite ou non; elle laissait après elle des contractures partielles des membres ou une parésie très marquée.

Il n'y a pas eu immixtion de phénomènes étrangers (somnambulisme, extase, catalepsie); mais, parfois et indépendamment de toute crise, il y a eu de la catalepsie provoquée par le regard fixé sur la lumière d'une bougie.

Hystérie. Légère ovarie droite. Attaque convulsive.

Mlle X... âgée de 16 ans, grêle, de taille moyenne, lymphatique, née à Constantinople (Turquie), est atteinte depuis deux mois et demi d'hystérie à forme convulsive.

Certains phénomènes prodromiques (malaise, vertige, mélancolie) annoncent l'attaque.

Un peu avant l'attaque apparaît l'*aura;* pas de douleur ovarienne proprement dite; sensation de constriction à l'épigastre, de boule serrant le cou, bourdonnements dans les oreilles, obnubilation de la vue, battements dans la tête analogues à de petits coups de marteau. Puis, perte de connaissance.

1° Immobilité tétanique du corps, pâleur de la face, paupières fermées. Respiration courte, lente, inspiration sifflante. Très légère salivation. Quelques mouvements légers apparaissent sur la face et dans les membres.

A cette phase *tonique* succède une phase nettement *clonique*. Les mouvements saccadés et courts animent les muscles de la face, les mouvements de circumduction des membres supérieurs se dessinent. Le corps est parfois agité de secousses régulières mais rapides, parfois au contraire il existe de petites oscillations brèves et saccadées. Celles-ci cessent bientôt et la malade tombe dans la *résolution* et le calme.

2° Cet entr'acte est suivi d'une période de *convulsions* et de *grands mou-*

vements. Ce sont des arcs de cercle, de grandes salutations, des oscillations rapides et étendues d'une partie du tronc et des membres inférieurs.

3° Ces mouvements, accompagnés de délire, sont suivis d'*attitudes passionnelles*; il y a des gestes d'effroi, certaines poses plastiques, des paroles entrecoupées et indiquant la lutte et l'effroi. Parfois, il n'y a qu'une esquisse de cette période, et même elle manque assez souvent.

4° Le délire post-hystérique se traduit par des hallucinations de la vue et principalement de l'ouïe. La malade paraît endormie, mais tout à coup elle se met brusquement sur son séant, regarde effarée et prête l'oreille. Elle a vu des personnages imaginaires, elle a entendu des cris d'animaux, mais elle ne les désigne pas. Enfin la scène finit par des pleurs plus ou moins abondants, et le reste de la soirée se passe dans une attitude *indiquant de la mélancolie*.

Hystérie. Chorée rythmique. Hémianesthésie gauche. Dyschromatopsie chez un jeune garçon. Attaque convulsive.

M. X... âgé de onze ans, né à New-York (États-Unis), présente les symptômes suivants :

Avant l'attaque se montre l'*aura hystérique* consistant en : douleur au pli de l'aine gauche; le petit malade est monorchide droit, le testicule gauche est encore dans le canal inguinal, épigastralgie, constriction à la gorge, sifflements dans les oreilles, obnubilation de la vue, battements dans la tête, puis perte de connaissance.

1° La période qui suit cet état est caractérisée par de la raideur du corps, de la rougeur de la face, de la fixité du regard; les pupilles sont dilatées, les conjonctives hyperémiées.

Ensuite apparaissent des mouvements rapides et grimaçants de la face, des oscillations des membres supérieurs et inférieurs et gagnant tout le corps.

Ces mouvements cloniques sont suivis de la *résolution* et du relâchement des muscles.

2° Après une à deux minutes de calme, le petit malade grimace, contourne ses membres, crispe ses doigts, puis il s'agite, jette les jambes à droite et à gauche, projette fortement son corps en avant, le recourbe en arc de cercle, ou bien, si on le laisse dans le jardin, il court à droite et à gauche en faisant des cercles concentriques et en poussant des cris stridents et prolongés. Ces *contorsions* suivies de *grands mouvements* ne tardent pas à disparaître.

3° Les attitudes passionnelles se montrent. Tantôt ce sont des poses comme pour lutter ou se défendre, tantôt c'est celle d'un prédicateur; mais elles durent à peine et la période de délire et des hallucinations commence.

4° Le petit malade ne voit pas d'animaux, mais il entend des bruits de pas, et voit des soldats jouant de la musique. D'autres fois ce sont les tam-

bours qui battent aux champs. Mais le délire s'accentue, le jeune X... se met à prêcher, à pérorer. Puis tout rentre dans l'ordre, et le malade n'a plus qu'un vague souvenir de ce qui vient de se passer.

Ces observations, détaillées avec un soin minutieux par un homme au courant des études de la Salpêtrière, n'ont besoin d'aucun commentaire. Elles montrent clairement que la grande hystérie est partout la même, qu'elle prenne naissance en Colombie, à New-York, à Moscou, à Constantinople ou à Paris.

Dans un petit opuscule tendant à prouver que l'hystérie a son siège dans le cerveau, H. Girard rapporte plusieurs observations d'hystérie. Dans l'observation XIIe, malgré peu de précision dans les détails, il est facile de reconnaître que l'attaque dont il est question, ne saurait être autre que celle dont nous avons donné la description. Il y est écrit à la date du 20 avril 1838 (la maladie remontait à 1830) :

« 20 avril. Crise violente pendant la nuit, cauchemar; elle croit voir une multitude d'hommes devant son lit, puis un serpent monstrueux; elle pousse des cris rauques, mêlés de pleurs et de mouvements convulsifs; boule hystérique, imminence de suffocation, perte de connaissance; elle tombe de son lit, se roule à terre et se frappe violemment la tête; à la visite, gaieté peinte sur ses traits, joie mêlée de larmes; elle a recouvré la voix, oublie ses douleurs à la tête; conte avec intérêt son rêve (il y a cependant de la divagation dans ses idées) et montre avec anxiété son membre inférieur droit rétracté, elle ne peut l'étendre ni le remuer; la partie antérieure de la cuisse est le siège de vives douleurs limitées par le genou, un peu plus rouge et plus volumineux qu'à l'état normal.

» La jambe est froide; le ventre ballonné, douloureux à la pression; colique; soif, appétit augmenté. (Potion antispasmodique) [1]. »

Je pourrais citer un assez grand nombre d'observations puisées dans les divers auteurs qui ont écrit sur la matière, et l'on y retrouverait notre description, mais morcelée et comme par lambeaux. L'on sent à la lecture de ces faits, qu'un observateur prévenu aurait peut-être vu, plus qu'il n'est écrit. Lorsqu'en suivant la voie tracée par M. Charcot, les médecins auront appris à bien apprécier la valeur des différents symptômes qui composent une

1. *Considérations sur les affections nerveuses dites hystériques*, par H. Girard (de Lyon). Paris, 1841, p. 55.

grande attaque d'hystérie, nous ne doutons pas de voir se multiplier les relations de faits conformes aux nôtres.

Bien mieux, l'on verra plus loin, dans un court exposé critique de l'attaque de petite hystérie, que tous les éléments de notre grande attaque se retrouvent au moins en germe dans les descriptions aujourd'hui classiques de l'attaque d'hystérie vulgaire.

Si d'un côté les observations citées plus haut, prouvent que l'attaque d'hystéro-épilepsie ne varie pas avec les différents pays; d'un autre côté, l'étude des anciennes épidémies convulsives montre aussi, jusqu'à l'évidence, que l'hystéro-épilepsie n'a pas changé avec le temps. On retrouve dans les relations qui ont été données de ces épidémies les principaux caractères sur lesquels nous avons insisté. — Les convulsions épileptoïdes sont presque constantes, et nettement indiquées, mais les auteurs s'étendent principalement sur la description de la seconde phase, dont les affreuses contorsions et les étranges mouvements les avaient surtout frappés, et sont fréquemment attribués par eux à l'influence d'une force surnaturelle. L'*arc de cercle*, par exemple, est signalé dans la plupart des épidémies célèbres, dans l'hystéro-démonopathie des religieuses de Sainte-Élisabeth à Louviers, vers 1642-1646, dans l'hystéro-démonopathie chez les nonnes d'Uvertet (Allemagne), et aussi chez les convulsionnaires de Saint-Médard, etc.

Les attitudes passionnelles se retrouvent isolées sous forme d'extases ou de *représentations*, suivant l'expression usitée parmi les convulsionnaires de Saint-Médard. — Enfin, chez ces mêmes convulsionnaires, on trouve le récit d'accès de délire religieux et prophétique qui se rattachent clairement au délire de la période terminale de l'attaque.

Lors de la description des diverses variétés de l'attaque hystéro-épileptique, nous aurons maintes fois l'occasion de constater les rapprochements qui existent entre l'hystéro-épilepsie et les épidémies convulsives d'autrefois. Il y a là matière à un chapitre fort intéressant sur l'histoire de l'hystéro-épilepsie, mais que nous ne pouvons qu'indiquer ici.

Après avoir établi les caractères de la grande attaque d'hystérie, il nous faut rechercher quelles relations existent entre la grande attaque et l'attaque d'hystérie vulgaire, de l'hystérie que le praticien rencontre journellement.

Il résulte clairement du rapprochement que l'on peut faire entre la description précédente et celle que les auteurs classiques ont donnée de l'hystérie vulgaire, qu'on ne saurait séparer les deux affections pour en faire deux maladies de nature différente, et que l'hystérie vulgaire ou petite hystérie ne doit être considérée que comme une atténuation, ou, si l'on veut, l'état rudimentaire de l'hystéro-épilepsie ou *hysteria major*.

Quelques citations, empruntées aux ouvrages de deux de nos principaux classiques en matière d'hystérie, MM. Briquet et Bernutz, en fourniront aisément la preuve.

Au milieu de la description que M. Briquet donne des convulsions qui composent l'attaque d'hystérie vulgaire, le passage suivant a manifestement trait aux convulsions épileptiformes de la première période :

La face se gonfle... Les mâchoires se serrent l'une contre l'autre, de manière à produire le mâchonnement, le grincement et le claquement des dents. Le cou se gonfle, les muscles de cette partie et ceux de la poitrine se contractent spasmodiquement. Les parois thoraciques ou restent immobiles avec leurs muscles contractés de manière à menacer d'asphyxie (phase tonique), ou se meuvent convulsivement et rapidement comme dans les plus fortes anhélations (phase clonique); les muscles des parois abdominales sont agités des mêmes mouvements que ceux de la poitrine.

M. Bernutz est peut-être plus explicite encore :

Au moment où le cri hystérique se produit, la suffocation paraît à son summum; il y a une sorte de spasme tonique général, de raidissement quelquefois tétanique de tout le corps, la figure est vultueuse, injectée... le cou est tuméfié, les carotides battent avec violence, les veines jugulaires sont gonflées, distendues, en même temps que l'abdomen est légèrement météorisé; enfin l'oppression est considérable, comme s'il y avait menace d'asphyxie... Ordinairement le temps de l'accès que nous venons de signaler

est très court, et des convulsions plus ou moins générales (2e période) succèdent immédiatement à la perte de connaissance.

Qui ne reconnaîtra là, pour le moins, une ébauche de la période épileptoïde ?

La deuxième période semble constituer à elle seule la plus grande partie de l'attaque d'hystérie vulgaire. Aussi les auteurs la décrivent-ils longuement. Voici la description qu'en donne Briquet :

Le plus ordinairement, les malades s'agitent, tantôt comme si elles voulaient échapper à des violences, tantôt comme si elles se débattaient contre une étreinte;... d'autres fois... les membres supérieurs et inférieurs se meuvent dans tous les sens; la flexion, l'extension, la rotation, l'adduction, l'abduction *se succèdent avec la plus grande rapidité.* Le corps se meut tantôt comme un ver, tantôt il se contracte dans tous les sens, bondit et s'échappe des mains qui le retiennent. La tête s'agite sur le tronc, en avant, en arrière, de côté... Les mains se portent instinctivement, soit vers le col, qu'elles saisissent avec violence, comme pour en arracher un corps qui y causerait une grande gêne, soit vers l'épigastre, que les malades cherchent à déchirer, ou à frapper à poings fermés; d'autres fois, elles tentent de s'arracher les cheveux, de se déchirer le visage, comme le feraient des femmes éperdues. La force employée dans ces actes est telle, que plusieurs personnes vigoureuses peuvent à peine contenir une frêle jeune fille qui, dans ces moments, est capable de ployer ou de briser les tiges de fer d'un lit.

Briquet a signalé d'ailleurs, lui aussi, les cris de fureur qui accompagnent souvent les mouvements désordonnés de cette seconde période :

Il est cependant un certain nombre d'hystériques dont les cris durent tout le temps de l'attaque, et ces cris sont analogues à ceux que pousserait un opéré qui se laisserait aller à la souffrance, ou à ceux que ferait une personne qui se débattrait contre des violences qu'on exercerait sur elle ; ce sont des cris de fureur, de véritables rugissements.

La description de Bernutz se rapproche beaucoup de celle de Briquet :

Ces convulsions, qui ont, lorsqu'elles sont types, une physionomie si spéciale, que les personnes étrangères à la médecine, elles-mêmes, les reconnaissent, sont très difficiles à décrire, à cause du désordre qu'elles pré-

sentent. Les membres, un instant raidis (première période), se tordent convulsivement, se projettent en divers sens, passant rapidement de l'abduction à l'adduction, de l'extension à la flexion, et *vice versa*, comme dans une sorte de lutte suscitée par la souffrance, et en particulier par la suffocation à laquelle les malades sont en proie, à laquelle elles semblent vouloir échapper en portant automatiquement leurs mains à la poitrine et au col, qu'elles se lacèrent parfois dans les efforts insensés qu'elles font pour en arracher l'obstacle qui les étouffe.

La troisième période, ou période des *attitudes passionnelles*, n'est pas moins nettement indiquée, dans ces descriptions, que les périodes précédentes. M. Bernutz même se sert d'un mot qui se rapproche beaucoup de celui employé par M. Charcot, puisqu'il désigne sous le nom d'*expressions passionnées* les divers mouvements auxquels se livre la malade à ce moment de l'attaque :

Au moment, dit-il, où, après un certain temps de durée, les mouvements convulsifs ont perdu de leur énergie, et où la figure ne présente plus qu'une turgescence modérée, on voit se produire chez un certain nombre d'hystériques *une phase nouvelle*. Leur *facies*, jusque-là atone, à peu près comme dans le sommeil, s'anime, devient le siège d'expressions diverses, auxquelles contribuent celles des yeux, qui jusque-là étaient couverts par les paupières ou animés d'un mouvement de clignotement, et parfois en même temps de nystagmus. On voit chez quelques-unes se produire successivement la mimique de toutes les expressions passionnées; de la terreur, qui ouvre ordinairement la scène, de la colère, etc., pour se terminer par l'expression de la volupté, qui résulte surtout de l'inclinaison des yeux, portés en haut et en dedans, à moitié cachés sous la paupière supérieure.

La succession de ces *expressions passionnées*, auxquelles coopèrent non seulement les contractions des *muscles du visage, mais celles des membres et du tronc*, qui s'accompagnent parfois de cris qu'arrachent la terreur ou la colère, ou de paroles plus ou moins incohérentes, est plus ou moins complète chez les diverses malades.

Elle est très souvent limitée à l'expression d'angoisse d'abord et de volupté ensuite, ce qui a puissamment contribué à accréditer l'opinion hippocratique, lorsque surtout il y a, en même temps que le spasme cynique des yeux, une propulsion rythmique du bassin, et qu'on constate à la fin de l'accès une sécrétion abondante de mucus vaginal, qui a été signalée par les auteurs anciens.

En résumé, les *attitudes passionnelles* sont très-faciles à reconnaître dans cette longue citation. M. Briquet n'a pas manqué de les

remarquer et les passages suivants les désignent assez clairement.

Les malades présentent une succession de tableaux dans lesquels on peut retrouver l'expression de toutes les passions de l'âme, et celle de toutes les sensations.

Pendant les convulsions, les malades sont souvent prises d'un délire plus ou moins vif et qui a généralement une manière d'être toute spéciale... Il est toujours bruyant, très-agité, et rarement incohérent. Il a généralement rapport, soit à des scènes auxquelles la malade se croit présente ou auxquelles elle se reporte, soit aux pensées qui l'occupent habituellement ou qui l'ont beaucoup frappée; il faut le considérer comme une sorte de rêve.

Enfin on voit quelquefois survenir pendant l'attaque... des hallucinations... des extases...

Enfin, le délire de la quatrième période n'a pas plus échappé à la sagacité de ces observateurs. M. Bernutz s'exprime ainsi :

Au moment où cette expression s'efface (l'expression passionnée de la période précédente), on voit les yeux s'humidifier, puis les larmes couler en abondance et constituer une véritable crise de sanglots, dans laquelle les malades recouvrent complètement connaissance..... On voit chez quelques malades, au lieu d'un accès de larmes, se produire un accès de rire convulsif et chez d'autres un *accès de demi-délire*, dans lequel elles racontent d'une façon incohérente et inintelligible parfois, imagée chez d'autres, un événement dont elles ont été frappées, ou se laissent aller involontairement à des indiscrétions quelquefois très compromettantes pour elles ou pour les autres.

M. Briquet s'exprime comme il suit :

Après avoir duré quelque temps, les convulsions cessent... la connaissance revient, mais à peine est-elle revenue, que les sanglots éclatent... Dans quelques cas, au lieu de pleurs, c'est un rire sans motifs...

Enfin, chez un petit nombre de malades, il reste un *état de délire et de rêvasserie*, pendant lequel les malades font des choses déraisonnables.

Ainsi, en rassemblant et en coordonnant ces fragments épars, rien ne manquera plus à la description; et si l'on songe que les auteurs auxquels nous empruntons nos citations, n'ont eu en vue que l'attaque d'hystérie vulgaire ou petite hystérie, on trouvera là un puissant argument en faveur de l'opinion soutenue par M. Charcot, qui ne voit dans l'hystéro-épilepsie que le degré le plus intense de l'hystérie. On y trouvera aussi un argument de plus en

faveur de l'excellence de la méthode qui consiste à considérer les grands types avant d'en venir à l'étude des formes frustes et atténuées, car il est incontestable que la description de l'attaque d'hystérie vulgaire s'éclaire singulièrement lorsqu'on la considère à la lumière des notions fournies par l'étude de la grande hystérie.

DEUXIÈME PARTIE

DES PRINCIPALES VARIÉTÉS DE LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE

Lorsque, par l'étude attentive d'un nombre considérable de faits en apparence fort dissemblables, l'observateur est arrivé à découvrir une règle, une loi au milieu de ce qui semblait un chaos, il lui est nécessaire de revenir sur ses pas pour étudier à la lumière des notions acquises le grand nombre de faits incomplets et obscurs, jusque-là négligés à dessein.

L'étude des variétés de l'attaque hystéro-épileptique nous paraît être la partie la plus intéressante de notre tâche et celle qui présente peut-être le plus haut intérêt pratique. Si l'attaque complète se rencontre rarement, le praticien se trouve chaque jour aux prises avec les nombreuses variétés qui en dérivent. Nous avons déjà fait ressortir les affinités qui existent entre la grande hystérie et l'hystérie vulgaire. En montrant de quelles modifications est susceptible la grande attaque d'hystéro-épilepsie, nous espérons donner la clef de phénomènes difficiles à comprendre, et relier à la grande névrose nombre de faits pathologiques qui ont paru isolés et dont le lien qui les rattache à la grande hystérie, n'a pas été jusqu'ici suffisamment précisé. Il est inutile d'insister sur les règles pratiques qui découent nécessairement de cette conception de l'hystérie, sur laquelle M. Charcot a appelé depuis longtemps l'attention. L'intérêt historique de ces recherches n'est pas moins grand; elles sont destinées, nous n'en doutons pas, à éclairer d'un nouveau jour les faits étranges ou en apparence merveilleux qui composent les grandes épidémies

convulsives du moyen-age, ou même d'époques plus rapprochées de nous.

Bernutz avait déjà parfaitement indiqué les transformations que peut subir l'attaque d'hystérie, dans un passage que je citerai tout au long :

« J'ai insisté, dit-il, un peu longuement sur les expressions passionnée, qui se produisent dans la seconde phase de la période convulsive de l'accès hystérique, parce qu'en rapprochant les unes des autres les crises de larmes, qui existent seules dans la forme vulgaire, des mimiques plus ou moins complexes que nous venons de signaler, on arrive à se convaincre que, même dans les cas les plus simples, existe, pendant la perte de connaissance hystérique, un trouble cérébral, un semi-délire, dont ces manifestations des passions mimées ou parlées sont symptomatiques. Il n'y a pour ainsi dire qu'un pas de ces rêves, tantôt mimés seulement, tantôt parlés, qu'on observe à la fin de l'accès convulsif de la forme vulgaire, pour arriver aux accès plus ou moins prolongés soit de véritable délire, soit de somnambulisme, soit d'extase, soit enfin de catalepsie, qu'on voit succéder à une phase convulsive, qui, dans ces cas, a le plus souvent une durée beaucoup moindre que dans la forme vulgaire. La brièveté excessive de la période convulsive, qu'on observe dans quelques-uns de ces cas, permet de comprendre un certain nombre des formes anormales de l'hystérie, dans lesquelles l'attaque est, on peut dire, uniquement constituée par un accès soit de délire de paroles, ou d'action, qui est plus particulière aux enfants, soit par un accès de somnambulisme ou d'extase, ou enfin de catalepsie, par suite de l'insignifiance et même parfois de l'absence complète de phénomènes spasmodiques au moment où survient la perte de connaissance[1] ».

M. Charcot admet que l'attaque d'hystéro-épilepsie peut se modifier suivant deux modes principaux : 1° par extension ou prédominance d'une période aux dépens des autres, lesquelles s'atté-

1. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*, art. HYSTÉRIE. Bernutz. — Paris, 1874, t. XVIII, p. 221.

nuent ou même s'effacent; ainsi se produisent : a, l'*attaque épileptoïde ;* b, l'*attaque démoniaque ;* c, l'*attaque d'extase ;* d, l'*attaque de délire ;* 2° par immixtion d'éléments étrangers à la constitution fondamentale de l'attaque, tels que le *somnambulisme*, la *léthargie* et la *catalepsie*, par exemple.

Nous étudierons successivement chacune de ces variétés.

CHAPITRE PREMIER

VARIÉTÉ PAR MODIFICATION DE LA PREMIÈRE PÉRIODE. ATTAQUES ÉPILEPTOÏDES

§ 1er. — ÉTAT DE MAL ÉPILEPTOÏDE

Il n'est pas rare de voir l'attaque hystéro-épileptique se borner à sa première période. La période épileptoïde évolue comme nous l'avons dit : phase tonique, phase clonique, puis résolution et sommeil stertoreux; mais les grands mouvements ne suivent pas, et au milieu du sommeil survient la phase tonique qui est le début d'un nouvel accès. On se trouve alors en présence d'un état de mal parfaitement semblable à l'état de mal épileptique. Les accès se suivent au nombre de quinze à vingt, même davantage; la malade est dans un coma qui se prolonge, et la gravité apparente des accidents pourrait en imposer au médecin, si la compression de l'ovaire et les autres moyens que nous avons indiqués, ne faisaient tout cesser à l'instant et ne révélaient leur nature hystérique.

Cependant, même sans avoir recours à ce moyen ou aux interversions électriques qui produisent le même effet, un observateur expérimenté pourra le plus souvent, à quelques signes qui pour tout autre se perdent dans le tumulte des convulsions, arriver à un diagnostic également certain.

Dans la phase tonique, le gonflement du cou, la diversité des attitudes, la prolongation du tétanisme; dans la phase clonique, les mouvements bruyants de déglutition, les ondulations du ventre avec borborygmes sonores; dans la phase de résolution, la persistance du frémissement des paupières, ou de la contracture générale ou partielle, sont autant de signes en faveur de l'hystérie.

Entre deux accès, on voit parfois la malade se mettre en *arc de cercle* et y demeurer un temps fort appréciable, quelquefois plusieurs minutes; c'est une ébauche de la deuxième période. Ou bien, au sortir du sommeil, la malade prend une attitude déterminée, elle demeure quelques instants dans une sorte d'extase; c'est un fragment de la troisième période, qui vient en quelque sorte mettre le cachet de la véritable nature de la maladie à côté d'apparences qui pourraient induire en erreur. Dans ces cas, il n'y a pas à s'y tromper, et le médecin peut pratiquer la compression ovarienne avec certitude de succès.

Au contraire, dans d'autres variétés de l'attaque hystéro-épileptique, la phase épileptoïde est réduite à sa plus simple expression; rarement cependant elle fait complètement défaut; il persiste presque toujours un symptôme épileptoïde, si petit soit-il, qui à son tour devient comme le sceau de la maladie et montre la nature hystéro-épileptique d'accidents bizarres et extraordinaires, qu'une imagination facile n'a pas manqué de mettre en maintes circonstances sur le compte du surnaturel.

§ II. — ACCÈS ÉPILEPTOÏDES INCOMPLETS

Cette variété ressemble beaucoup au vertige épileptique qui s'accompagne de quelques contractions musculaires rapides et localisées à certains groupes de muscles. C'est ce que Herpin a fort bien décrit parmi les accès incomplets d'épilepsie, sous le nom de commotions épileptiques.

C'est, dit-il, une secousse qui ébranle tout le corps, comme le ferait une commotion électrique... Les effets immédiats de cette commotion, dont la durée, disent quelques épileptiques, est celle d'un éclair, sont assez variés. Le plus souvent les mains s'ouvrent et laissent échapper ce qu'elles tiennent.... L'effet le plus fréquent sur l'attitude est d'incliner le tronc en avant, de soulever le bras et de fléchir les jambes; cependant le tronc peut s'infléchir en arrière.

La secousse que nous venons de décrire comme générale peut être partielle, se borner aux deux bras, à un seul, à une main, à un doigt, à la tête seule, à la partie supérieure du corps, sans que les jambes y participent.

Le plus souvent il n'y a pas de chute, mais certains malades tombent presque toujours...

... La contraction musculaire subite, généralisée ou partielle, avec ses suites immédiates, n'est pas le seul phénomène qui constitue la commotion..... sept patients nous ont affirmé que, pendant la commotion, même bornée à la partie supérieure du corps, ils avaient la vue perdue ou tout au moins troublée..... Six autres malades mentionnaient un trouble de l'intelligence qu'ils qualifiaient pour la plupart d'étourdissement, et que les autres appelaient vertige ou trouble de l'esprit..... Plusieurs signalaient nettement une absence, une lacune dans le sentiment de l'existence.....

Enfin il est des patients qui, suivant la force de la secousse, perdent ou ne perdent pas connaissance.

Chez cinq malades la commotion était presque toujours accompagnée du cri épileptique, mais moins prolongé qu'aux attaques.....

... Nous avons observé quatre patients qui, immédiatement après la commotion, avaient une dyspnée plus ou moins intense; chez deux seulement de ces malades, la secousse s'accompagnait du cri. Deux épileptiques, dans la même circonstance, se plaignaient un moment, l'un d'une constriction douloureuse de l'estomac, l'autre de nausées. Une petite fille signalait une vive douleur précordiale accompagnée de palpitations. La commotion, dans son cours d'un instant, offre donc, ou peut offrir les trois ordres essentiels de symptômes d'une attaque d'épilepsie: les convulsions externes, les spasmes viscéraux, les perturbations sensoriales et intellectuelles.

..... Il n'est pas rare que la commotion se répète par séries : il peut n'y en avoir que deux ou trois ainsi rapprochées, leur nombre peut être très considérable, de quarante par exemple en cinq minutes.

..... Dans le degré le plus fort (de la commotion épileptique) tout est simultané : chute, cri, convulsion générale, cécité, perte de connaissance, spasme même, et le tout n'a que la durée d'un éclair.

J'ai rapporté presque en entier la description d'Herpin, parce qu'elle convient parfaitement à ce qu'on pourrait appeler chez les hystéro-épileptiques la *commotion épileptoïde*.

Mais parfois il s'y ajoute quelques signes plus particulièrement hystériques, comme quelques phénomènes de l'aura : ovarie, strangulation, palpitations, sifflements d'oreilles, battements dans la tempe; le gonflement du cou, la tympanite, borborygmes, etc....

Voici par exemple la description de secousses observées sur Gl...

26 mars. — Depuis sept heures du matin, Gl... est prise de secousses qui surviennent toutes les deux ou trois minutes. Elle a des sifflements d'oreilles,

et entend des bruits de cloches dont l'intensité augmente au moment où vont venir les secousses; en même temps, elle éprouve un tiraillement dans les yeux, et sa langue se retourne la pointe en haut. La parole est coupée net.

Puis quelques contractions apparaissent dans la face et les membres du côté droit seulement. Le bras s'étend et se met en pronation, le poignet fléchi; les doigts se ferment et le pouce se place dans le creux de la main, la phalangette entre le troisième et le quatrième doigt. La jambe se contracture dans l'extension, le pied se place dans la position du pied bot équin.

Les membres ainsi contractés sont animés de petits mouvements cloniques. La respiration saccadée se précipite et la paroi abdominale, alternativement soulevée et déprimée, agite les intestins, qui font entendre un bruit analogue à celui que produirait un liquide violemment agité dans un vase à parois sonores. Mais bientôt tous les accidents cessent, après n'avoir duré que quelques secondes, une minute au plus. Ces petits accès se répètent toutes les trois ou quatres minutes.

Le lien qui réunit la commotion épileptoïde à l'accès épileptoïde complet, et qui fait de celle-là l'ébauche, ou, si l'on veut, le rudiment de celui-ci, est facile à saisir. Chez une même malade on observe souvent, pendant la période prodromique, de petits accès épileptoïdes fort incomplets, ressemblant tout d'abord à de simples vertiges, mais qui se répètent, en augmentant peu à peu d'intensité et en se complétant, jusqu'à ce qu'enfin ils se transforment en véritables accès épileptoïdes qui évoluent avec tous les caractères que nous leur avons assignés. Nous en rapporterons un peu plus loin un exemple recueilli sur Gen...

§ III. — ATTAQUE DE SPASME VISCÉRAL

La prédominance du spasme viscéral et son retour fréquent peuvent donner lieu à une sorte d'état de mal épileptoïde, fort grave en apparence, comme j'ai eu l'occasion de l'observer chez Bar...

Le 26 juin 1878, B... a eu toute l'après-midi des attaques hystéro-épileptiques avec les caractères qu'elles revêtent d'habitude chez elle. Mais à huit heures du soir elle est prise d'accidents bizarres et inaccoutumés qui effrayent les infirmières et pour lesquels on vient me chercher.

Je la trouve dans l'état suivant : coma complet, résolution de tous les membres dans le décubitus dorsal, la tête un peu inclinée de côté. Toutes les deux ou trois inspirations, elle est prise d'une sorte de hoquet ou plutôt

de spasme nauséeux. La poitrine se soulève comme dans l'acte du vomissement, les muscles du cou se contractent et la salive vient à la bouche. Elle a constamment l'écume aux lèvres, la bouche serrée exprime le dégoût, *les paupières sont abaissées et animées de petits frémissements*. Les globes oculaires sont convulsés en haut. La pupille, moyennement dilatée, est sensible à la lumière.

Cet état se prolonge, aucune excitation ne peut la faire sortir de cet anéantissement, et la respiration, à chaque instant entrecoupée par les spasmes, se fait d'une façon tellement irrégulière, que la vie de la malade semble en danger.

La température rectale est de 38°, 5, le pouls est régulier et ne paraît pas augmenté de fréquence.

Mais la compression de l'ovaire droit nous montre de suite que cet état alarmant n'a d'épileptique que le dehors, et qu'il ne relève, comme les autres accidents, que de l'hystérie.

En effet, presque aussitôt la malade ouvre les yeux, semble revenir à elle, mais elle ne parle pas encore. On prolonge la compression, et la connaissance ne tarde pas à reparaître entièrement. B... accuse alors un état nauséeux extrêmement pénible. Malgré la compression, le spasme, quoique moins fréquent, reparaît toujours. On se décide à neuf heures et demie à donner un peu de chloroforme, et en peu d'instants tous les accidents convulsifs cessent.

Cet exemple suffit pour montrer tout l'intérêt pratique qui s'attache à la distinction, que depuis longtemps M. Charcot cherche à établir, entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie. — Sous des apparences d'une gravité tout épileptique se cachait la bénignité habituelle des accidents hystéro-épileptiques. Il importe donc au médecin d'être instruit de ces faits, s'il ne veut pas voir ses prévisions démenties et laisser au hasard les règles de sa conduite.

§ IV. — ATTAQUE ÉPILEPTOÏDE AVEC CONTRACTURE GÉNÉRALISÉE ET PERMANENTE.

A. — Il n'est pas rare, sur un état de contracture permanente et généralisée, de voir se greffer de petits accès incomplets d'épilepsie, semblables à ceux que nous avons décrits plus haut, à la suite d'Herpin, sous le nom de commotions épileptoïdes.

Les détails suivants observés chez Gen... sont intéressants, parce que l'intensité progressive des accès montre la connexion qui existe entre les commotions épileptoïdes les plus légères et la

phase épileptoïde complète, dont ils ne sont qu'une ébauche ou un abrégé.

4 juillet. — Gen... a eu dans la nuit trente-cinq accès, à la suite desquels elle demeure contracturée.

A trois heures de l'après-midi nous la trouvons au lit et contracturée ainsi qu'il suit :

Les deux jambes et le bras gauche sont dans l'extension, le bras droit

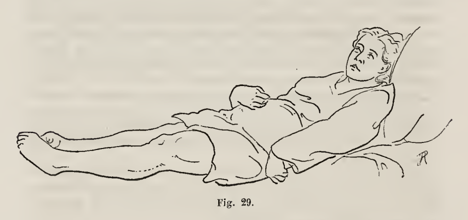


Fig. 29.

fléchi, et la main crispée repose sur l'abdomen. La tête est libre, la face très pâle.

Presque constamment la main droite est animée de petits frémissements, et de légères contractions se montrent dans la face, surtout du côté droit.

Toutes les trois ou quatre minutes surviennent de petits accès ainsi caractérisés :

a. La douleur ovarienne, qui est permanente et double, tout en étant plus intense à droite, s'exaspère. L'oppression thoracique suit immédiatement avec sensation de strangulation. Pas de palpitations. La face se dirige légèrement en haut, les paupières battent, les yeux sont demi fermés, les globes oculaires eux-mêmes sont animés de petites oscillations, la pupille est plutôt rétrécie, dirigée un peu en haut et à droite. Les traits grimacent, de petites contractions parcourent la face, elles sont plus fréquentes et plus marquées dans la moitié droite. L'aile du nez se relève, entraînant la lèvre supérieure.

Le bras droit se soulève un peu et est animé de courtes oscillations. Les jambes tremblent légèrement, mais principalement la jambe droite.

Puis il se produit une ou deux inspirations bruyantes (ébauche de stertor). Et tout mouvement cesse après une durée de trente à quarante secondes au plus.

Gen... dit n'avoir pas perdu connaissance. Elle appelle cela « ses spasmes ou ses vertiges ».

b. Dans un accès un peu plus intense la face se tourne à gauche, les yeux sont convulsés en bas et à gauche, G... est agitée plus violemment. Légère cyanose. Des secousses agitent les deux bras et aussi les deux jambes. Mouvements de déglutition bruyants. Respiration pénible et bruyante. Durée de l'accès, deux minutes. Elle a perdu connaissance.

c. Quelques instants après, l'accès débute par un tremblement général, puis quatre à cinq grandes secousses agitent tout le corps. Le tronc est soulevé, les épaules se rapprochent en avant, la tête est tournée complètement à gauche.

La face, cyanosée, est le siège de contractions intenses, les paupières battent, les yeux, convulsés en haut et à gauche, cachent sous la paupière supérieure leur pupille, qui ne paraît pas dilatée. L'écume vient aux lèvres. Les bras sont soulevés et animés de mouvements cloniques, ainsi que les membres inférieurs.

La respiration est suspendue; quelques hoquets; puis résolution incomplète et véritable stertor.

Durée générale, y compris le stertor, trois à quatre minutes.

En se réveillant elle appelle : « Bot! Bot ! [1] » comme dans le délire qui suit ses grandes attaques.

d. Enfin les accès se reproduisent avec ce même caractère d'intensité. Ils sont séparés par des moments de calme plus ou moins longs, pendant lesquels la contracture générale persiste. De quatre heures à six heures et demie, la surveillante a compté douze accès.

Nous voyons ici l'accès épileptoïde complet évoluer sans modifier en aucune façon la contracture. — L'attitude des membres contracturés est toujours la même avant comme après l'accès. Et pendant la période de stertor, la résolution musculaire ne se produit pas. — Cette persistance de la contracture, même pendant la phase de résolution, ne se rencontre guère dans l'état de mal de l'épilepsie vraie.

B. — La contracture générale s'accompagne parfois de perte de connaissance et d'un sommeil léthargique qui peut se prolonger plusieurs heures.

La malade est contracturée le plus souvent dans l'extension, la tête renversée en arrière. Tout son corps est rigide comme une barre de fer. Les paupières sont fermées et les globes oculaires

1. C'est la première syllabe du nom de la surveillante du service.

convulsés en haut. La respiration s'exécute régulièrement, mais très faiblement.

Ce qui semblerait permettre de rattacher cet état à la période épileptoïde, c'est, outre le tétanisme généralisé, la persistance presque constante d'un petit frémissement des paupières, qui rappelle les mouvements cloniques, et l'apparition de temps à autre de quelques secousses généralisées ou partielles, semblables à celles que nous venons de décrire sous le nom d'accès incomplets.

Mais l'on peut également se demander si l'on n'est pas ici en présence d'une attaque léthargique accompagnée de contracture générale, comme il arrive parfois, et de quelques symptômes épileptoïdes. Nous traiterons plus loin de cette variété d'attaque hystéro-épileptique.

CHAPITRE II

VARIÉTÉS PAR MODIFICATION DE LA DEUXIÈME PÉRIODE. — 1° ATTAQUE DE CONTORSION OU ATTAQUE DÉMONIAQUE; — 2° ATTAQUE DE GRANDS MOUVEMENTS OU ATTAQUE DE CLONISME.

§ I. — ATTAQUE DE CONTORSION OU ATTAQUE DÉMONIAQUE.

De la description des phénomènes musculaires de la deuxième période, grands mouvements et contorsions, il n'y a qu'un pas à faire pour arriver aux peintures affreuses des convulsions des possédés. Or l'attaque hystéro-épileptique peut dans certains cas se trouver réduite à peu près exclusivement à la deuxième période, dont les symptômes se trouvent alors portés à leur plus haut degré de développement.

Ce sont ces sortes d'attaques que Marc... et Ler... appellent *leurs tortillements* et que M. Charcot a qualifiées de *démoniaques*.

Première Période. — Dans ces sortes d'attaques, la période épileptoïde est toujours facilement reconnaissable. Elle n'évolue pas régulièrement, elle est modifiée par la prédominance de la contracture, on amoindrie par la suppression de quelqu'une de ses phases. Mais les phénomènes épileptoïdes sont assez nettement caractérisés, pour qu'il soit impossible de les méconnaître.

Le plus souvent la période épileptoïde est représentée ainsi qu'il suit. Les *grands mouvements toniques* du début sont exagérés, les bras, les jambes et tout le corps se contournent étrangement. La respiration est suspendue, la gorge gonflée; la face, congestionnée et bouffie, est affreusement grimaçante, les yeux convulsés ne laissent voir que le blanc de la sclérotique; la bouche est ouverte et la langue sortie. Le *tétanisme* survient dans les atti-

tudes les plus bizarres, et le *clonisme* est marqué par le battement des paupières, l'ondulation du ventre et un tremblement partiel, limité à un côté du corps ou généralisé. La respiration reprend péniblement, elle est sifflante et entrecoupée de hoquets. Il y a des bruits pharyngiens, des mouvements de déglutition bruyants. L'écume apparaît certaines fois.

Quelques inspirations ronflantes représentent le stertor, mais la résolution musculaire ne survient pas, les membres demeurent contracturés en diverses situations, et la phase épileptoïde semble se confondre avec la période des contorsions qui la suit.

Deuxième Période. — Les contorsions sont ici dans leur plus large développement. Les figures représentées plus haut en donnent une idée. Les membres contracturés dans l'extension s'élèvent perpendiculairement au lit, ils s'entrecroisent souvent par une adduction forcée ; les jambes, parfois fléchies, se croisent diversement ; les bras se contournent et se placent derrière le dos ; les mains ont une attitude à peu près constante, le poignet est fléchi fortement, les trois premiers doigts, pouce, index et médius, étendus et écartés, les deux derniers fléchis. Enfin tout le corps se contorsionne d'une façon qui échappe à toute description. La face revêt alors le masque de l'effroi ou de la colère : les yeux démesurément ouverts, la bouche tiraillée en divers sens ou bien ouverte, la langue pendante.

Les grands mouvements s'exécutent avec une violence effrayante. La malade cherche à se mordre et à se déchirer la figure ou la poitrine, elle s'arrache les cheveux, se frappe violemment, pousse d'affreux cris de douleur ou des hurlements de bête féroce. Elle se démène comme une forcenée ; Ler..., dans ces attaques, ne peut conserver aucun vêtement, et a bientôt mis tout en pièces. Elle se donne avec le poing de si violents coups, qu'on est obligé d'interposer un coussin pour amortir le choc ; elle secoue la tête, cherche à mordre, saisit une compresse qu'on lui présente et l'agite violemment avec de sourds grognements de rage.

Troisième Période. — Les attitudes passionnelles n'existent pas à proprement parler. L'hallucination peut survenir, mais la contrac-

ture,qui persiste souvent, gêne les mouvements de la malade. On la voit sourire, appeler un être imaginaire ou lui faire la grimace, lui cracher au visage, pendant que ses membres sont diversement immobilisés par la contraction musculaire. Mais cette phase est courte en général et manque parfois complètement.

Quatrième Période. — Alors la malade revient à elle, mais la contracture ne disparaît pas; *des crampes coutournent ses membres* et lui arrachent des cris de douleur déchirants; elle supplie les assistants de la soulager.

En résumé, on voit que ces sortes d'attaques sont particulièrement caractérisées par *la prédominance de la contracture douloureuse*, par *le développement des attitudes illogiques ou contorsions*, qui leur donne l'aspect effrayant des anciens possédés; enfin par *la persistance de la douleur*, dont l'acuité ramène promptement la connaissance et, en arrachant des cris affreux à la malade, imprime à toute l'attaque un cachet de souffrance tellement horrible que les assistants, même les plus habitués, ne peuvent se défendre d'une pénible émotion.

Marc... et Ler... distinguent fort bien elles-mêmes les attaques qu'elles nomment leurs *tortillements* des autres, qui sont les *grandes attaques*. Elles peuvent prévoir même, d'après l'intensité des phénomènes de l'aura, le genre d'attaque qu'elles vont avoir. Elles préfèrent de beaucoup les grandes attaques aux tortillements : dans les premières, elles perdent complètement connaissance; tandis que dans les secondes, elles disent ne perdre connaissance que par instants (pendant la période épileptoïde), et se plaignent de souffrir les tourments les plus affreux qu'on puisse imaginer.

§ II. — ATTAQUE DE GRANDS MOUVEMENTS OU ATTAQUE DE CLONISME.

Dans l'attaque démoniaque, que je viens d'essayer de décrire, la deuxième période, qui en fait presque tous les frais, ne se trouve guère représentée que par un de ses éléments, les attitudes illogiques ou contorsions. Les grands mouvements n'y occupent

qu'un rang secondaire. Par contre il existe une autre variété de l'attaque hystéro-épileptique également créée aux dépens de la deuxième période, mais composée surtout de la phase des grands mouvements. Cette variété constitue en général ces sortes d'attaques mixtes qu'on ne saurait rapporter ni à l'hystéro-épilepsie ni à la petite hystérie ou hystérie vulgaire. En effet, la période épileptoïde y est peu ou point représentée, et toute la crise consiste en mouvements, souvent d'une violence extrême, s'exécutant suivant un certain rythme ou dans le désordre le plus complet. Il s'y joint des cris, des propensions à mordre et à déchirer, et parfois l'accès devient furieux. D'autres fois, l'attaque de grands mouvements n'a rien d'effrayant et se compose presque exclusivement de salutations, de sauts et de culbutes variées qui rappellent les exercices des acrobates et justifient le nom d'*attaques de clonisme* qu'on peut leur donner.

Plusieurs fois nous avons observé ces sortes d'attaques chez Gen... La période épileptoïde était réduite à quelques convulsions partielles de la face; puis les grandes salutations, les cris, quelques mouvements désordonnés, interrompus quelquefois par un arc de cercle de courte durée, composaient tout le reste de l'accès. Les accès étaient séparés par une sorte de sommeil, pendant lequel de légers signes de tête, quelques mouvements des lèvres, semblaient indiquer la présence d'une hallucination. Au milieu de ce calme, quelques mouvements convulsifs de la face indiquaient le retour de l'agitation.

Pendant cette variété d'attaque, la perte de connaissance n'est pas complète. Quelques malades ont même pleinement conscience de leur état, et, au sortir de l'accès, affirment n'avoir pu, malgré tous leurs efforts, maîtriser leur agitation. Quand elles ont pu y arriver pendant quelques instants, elles n'ont abouti qu'à provoquer bientôt une crise plus violente.

CHAPITRE III

VARIÉTÉ PAR MODIFICATION DE LA TROISIÈME PÉRIODE. — ATTAQUE D'ATTITUDE PASSIONNELLE. — ATTAQUE D'EXTASE.

Le type de cette variété de l'attaque hystéro-épileptique est reproduit artificiellement en quelque sorte par les inhalations d'éther.

Sous l'influence de la respiration des vapeurs d'éther, la malade voit apparaître les hallucinations qui composent habituellement la troisième période de son attaque. Sans passer par la période épileptoïde et par celle des grands mouvements, elle entre d'emblée dans la troisième période et exécute les poses plastiques qui répondent à son hallucination; ce qui montre bien que nous avons affaire ici à un fragment d'attaque, provoqué seulement par l'éther, c'est que la compression de l'ovaire suspend immédiatement l'hallucination et ramène la connaissance, laissant la malade dans un état d'ébriété qui persiste, comme effet direct de l'action de l'éther.

« Lors des premières expériences tentées sur les inhalations d'éther, M. Laugier ayant fait respirer à une jeune fille de dix-sept ans qu'il devait amputer de la cuisse, un mélange d'air et d'éther, cette jeune fille, d'un *esprit mystique*, *tomba dans une véritable extase*. Réveillée après l'opération, elle se plaignait d'être *revenue parmi les hommes*, et rapporta que pendant son sommeil elle avait vu Dieu et les anges! » (Maury, *Revue des deux mondes*, 1860, t. xxv, p. 696.)

Quand l'attaque se produit spontanément, les attitudes passionnelles sont de temps à autre interrompues par quelques phénomènes épileptoïdes, souvent peu accusés. Marc... nous offre souvent

des exemples de ce genre d'attaque. Les poses plastiques les plus variées durent parfois sans discontinuer pendant une demi-heure, puis une distorsion des traits, quelques battements de paupières, un grincement de dents, quelques grands mouvements toniques à peine esquissés, marquent le début d'une nouvelle attaque, et les poses plastiques recommencent aussitôt. La seconde phase, grands mouvements et contorsions, n'existe pas.

L'influence de l'éther sur les attitudes passionnelles elles-mêmes est de les prolonger; chaque attitude dure beaucoup plus lontemps ainsi qu'on le remarque dans les attaques complètes qui surviennent quelquefois à la suite des inhalations d'éther.

« Les attaques d'extase, dit Briquet, peuvent se produire de deux manières; quelquefois elles sont précédées par les préludes ordinaires des attaques de spasme ou de convulsions hystériques, de sorte que l'extase n'est qu'un des incidents de l'attaque; d'autres fois les malades tombent brusquement en extase sans aucun prodrome. »

«..... En somme les hystériques sont susceptibles d'arriver, par l'excitation des attaques, à un maximum de puissance intellectuelle, comme elles peuvent, dans les convulsions, arriver à un maximum de puissance musculaire. »

C'est dans cette classe qu'il faut ranger les extases de Gen... et le crucifiement de Ler...

Nous empruntons la description de ces deux sortes d'attaques à l'ouvrage de MM. Bourneville et Regnard.

Extase. — G... est assise : tantôt la tête garde une attitude presque naturelle; les yeux sont légèrement dirigés en haut, les mains jointes reposent sur le lit; c'est *l'attitude de la prière;* — tantôt, la tête est un peu penchée en arrière; — d'autres fois, enfin, l'attitude est celle que l'on attribue aux *illuminées*, comme sainte Thérèse, etc... Dans ce dernier cas, la tête est rejetée en arrière, le regard porté vers le ciel; la physionomie, empreinte d'une grande douceur, exprime une satisfaction idéale; le cou est gonflé, tendu; la respiration paraît suspendue; l'immobilité du corps entier est pour ainsi dire absolue. Les mains jointes, reposant sur la partie supérieure de la poitrine, complètent la ressemblance avec les représentations des saints que l'art le plus parfait nous a données.

Quelle que soit d'ailleurs l'attitude prise par la malade, elle la conserve durant dix, quinze, vingt minutes et même davantage. A la fin, aussi, on observe les mêmes contractions de la face, les mêmes modifications de la physionomie, le même *délire érotique* qui succèdent d'ordinaire au délire mélancolique. Seulement le contraste, alors, est beaucoup plus frappant. En effet, après avoir assisté à cette extase, dans laquelle la malade est en quelque sorte transfigurée, l'observateur, non habitué encore à ces scènes, reste tout stupéfait en voyant ces contorsions hideuses de la face, cette expression de lubricité extrême que nous avons signalées. En pareille circonstance, la malade laisse retomber son corps sur le lit, relève sa chemise, écarte les cuisses; — ou bien, s'adressant à l'un des assistants, elle s'incline brusquement vers lui, disant : « Embrasse-moi!... Donne-moi... Tiens, voilà mon... «Et ses gestes accentuent encore la signification de ses paroles[1]. »

Crucifiement. — Les attaques dont nous avons parlé jusqu'ici constituent de véritables *attaques démoniaques*. Celles que nous allons décrire, et qui sont très rares, ont un caractère tout à fait opposé. Nous les désignerons sous le nom *d'attaques de crucifiement*. Elles sont précédées d'ordinaire par de l'agitation, un hoquet fatigant et des mouvements de déglutition. Bientôt, la tête se porte en arrière, les bras s'étendent, le tronc se raidit, les jambes deviennent rigides. Alors, le crucifiement est complet. Voici les caractères qu'il présente :

D'une façon générale, immobilité complète de la face, du tronc et des membres. La tête est rectiligne, fortement portée en arrière; les paupières sont entr'ouvertes et parfois animées de mouvements convulsifs très rapides; elles laissent voir les globes oculaires, qui sont immobiles, portés en haut et en dedans. Les muscles des mâchoires sont contracturés et les arcades dentaires, distantes d'un centimètre l'une de l'autre, ne peuvent être ni rapprochées, ni écartées.

La face antérieure du cou, arrondie, comme gonflée, est soulevée momentanément par de bruyants mouvements de déglutition. Les muscles du cou sont durs, tendus.

Les *membres supérieurs*, très contracturés et étendus perpendiculairement au tronc, sont *en croix*; les mains sont fermées et les doigts fléchis si violemment sur la paume des mains qu'il est impossible de les allonger.

Le *tronc* est légèrement incurvé, de telle sorte que sa face postérieure est concave et que le ventre, par conséquent, est un peu projeté en avant. Les membres inférieurs sont rapprochés, allongés, les orteils sont fléchis, crochus.

En un mot, la rigidité est si accusée qu'on pourrait soulever le corps tout d'une pièce comme une barre de fer.

Ces attaques durent quelquefois six ou sept heures. La *descente de croix* s'effectue peu à peu. Les membres qui, pendant l'attaque, étaient pâles, presque froids, deviennent bleuâtres et chauds; les avant-bras se fléchissent,

1. Bourneville et Regnard, *loc. cit.* Observ. gén., t. I, p. 70.

puis s'étendent comme si la malade se détirait. Elle porte les mains à son cou, qu'elle déchirerait si on ne la surveillait. Elle a un hoquet qui se précipite de plus en plus. La tête se fléchit. L... semble se réveiller d'un songe : « Où suis-je? » Elle se soulève, s'assied, se lamente : « J'étais si bien là-haut, dit-elle... C'était si beau! » Enfin, elle se plaint d'être fatiguée, courbaturée.

Lorsqu'on demande à L... de raconter ce qu'elle a vu, sa physionomie revêt une expression de bonheur : « Elle était dans le ciel au milieu d'une lumière éblouissante. Partout il y avait de la mousse, des petits saint Jean, des moutons frisés, des diamants qui brillaient, des dessins, des tableaux, des étoiles de toutes les couleurs... Notre-Seigneur a de longs cheveux bouclés, une grande barbe rouge; il est beau, grand, fort, tout en or. La sainte Vierge est dorée. Notre-Seigneur lui a parlé, mais elle ne peut se rappeler ses paroles. Elle n'a pu lui répondre, tant elle était émue. »

Elle gémit et paraît regretter de ne plus avoir ses visions [1].

Les convulsionnaires de Saint-Médard, dans ce que Carré de Montgeron appelle les représentations, prenaient des attitudes qu'on peut rapprocher de celles de Ler...

Non seulement de jeunes convulsionnaires prononcent de tels discours avec dignité, mais ils représentent de la manière la plus vive et la plus frappante sur *leurs visages, par leurs gestes et toute leur attitude*, les différents sentiments qui sont contenus dans leurs discours... Souvent, après de pareils discours, le convulsionnaire devient lui-même le portrait vivant de la passion de Jésus-Christ. Il tient ses bras en croix d'une manière immobile, pendant tout le temps que dure cette représentation, et toute l'attitude de son corps prend celle d'un crucifix.

Une douleur vive et tendre, supportée avec la patience la plus héroïque et la résignation la plus parfaite, se peint avec les traits les plus caractérisés sur son visage devenu plombé, dans ses yeux mourants, et dans *les tressaillements* de son corps.

Après être resté longtemps dans cet état, la pâleur de la mort couvre entièrement son visage : la couleur de ses lèvres desséchées devient noirâtre : ses yeux à demi fermés paraissent tout à fait éteints : sa tête, ne pouvant plus se soutenir, tombe sur sa poitrine, et j'en ai même vu une, dont la langue s'était si fort retirée dans le gosier, qu'on n'en apercevait plus aucune partie dans sa bouche, qui était restée entr'ouverte...

Au reste le surnaturel est bien plus marqué et plus frappant dans les tableaux vivants, qu'ils mettent sous nos yeux, des supplices que doivent endurer plusieurs des disciples du prophète (Élie), tableaux qui ne sont guère moins propres à édifier notre piété, que ceux des souffrances de notre divin modèle [2].

1. Bourneville et Regnard, *loc. cit.*, Observ. Ler., t. I., p. 22.
1. Carré de Montgeron, *La vérité des miracles opérés à l'intercession de M. de Pâris*, t. II.

CHAPITRE IV

VARIÉTÉ PAR MODIFICATION DE LA QUATRIÈME PÉRIODE. ATTAQUE DE DÉLIRE

Le délire de la quatrième période peut s'exagérer au point de constituer des sortes d'attaques délirantes, entrecoupées seulement par intervalles de quelques phénomènes épileptoïdes qui permettent de les rattacher au type hystéro-épileptique.

Griesinger décrit sous le nom de folie hystérique aiguë les accès délirants dont nous parlons :

« Dans la première forme (forme aiguë), ce sont des accès aigus de délire et d'agitation allant quelquefois jusqu'à la manie; elle se *développe à la suite des attaques convulsives ordinaires de l'hystérie;* mais dans certains cas ces attaques sont très légères, quelquefois même l'accès de folie semble remplacer l'attaque convulsive, qui manque complètement; la même chose s'observe pour l'épilepsie. Ces accès de manie s'observent parfois déjà chez de très jeunes filles; elles crient, elles chantent, battent leurs compagnes, leur disent des injures; quelquefois elles ont un délire furieux, elles font des tentatives de suicide, elles ont une surexcitation nymphomaniaque, ou bien elles ont un délire religieux ou démoniaque, ou enfin elles se livrent à des actes extravagants, mais encore cohérents [1]. »

Gen..., après un léger accès épileptoïde, se met souvent à faire des discours d'ordre religieux, sur le ton le plus emphatique et le plus exalté. Elle déplore son passé, demande pardon à Dieu,

1. Griesinger. *Traité des maladies mentales*. Traduction du Dr Doumic, p. 215.

excite les autres à la piété et à la pénitence. Elle entre souvent dans un délire de mémoire qui n'en finit pas. Ce délire n'a pas la même fixité que les attitudes passionnelles, il varie plus facilement, et change suivant la disposition d'esprit et les circonstances présentes au milieu desquelles vit la malade.

Très souvent Marc... a des attaques pendant lesquelles elle répète toutes les chansons de son répertoire, qui paraît inépuisable. Elle accompagne de balancements de tête et de mouvements des bras son chant, à peine interrompu de temps en temps par quelques phénomènes épileptoïdes.

Le délire prophétique des anciennes sybilles semble se rattacher à cette variété d'attaque hystéro-épileptique.

Les prophéties des convulsionnaires de Saint-Médard sont dans le même cas.

Enfin toutes les diverses formes de délire, sur lesquelles nous avons insisté lors de la description de la 4e période, peuvent, sous l'influence des circonstances au milieu desquelles vit la malade et des préoccupations de son esprit, acquérir une importance qui imprime un cachet spécial à l'attaque tout entière, et justifie la variété que nous établissons ici.

CHAPITRE V

CATALEPSIE, LÉTHARGIE ET SOMNAMBULISME HYSTÉRIQUES PROVOQUÉS

Avant d'entrer dans l'étude des variétés de l'attaque hystéro-épileptique résultant de l'immixtion des phénomènes cataleptiques et somnambuliques, il est utile d'exposer avec quelques détails, les faits sur lesquels M. Charcot a récemment attiré l'attention, et qu'il a désignés sous le nom de catalepsie et de somnambulisme hystériques provoqués. Certaines hystériques sont en effet susceptibles, sous des *influences diverses*, d'entrer dans un état de somnambulisme ou de catalepsie, dont l'étude est rendue relativement facile par la possibilité de faire naître à volonté le phénomène.

Il a été ainsi permis à M. Charcot et à ses élèves d'étudier sur de nouvelles bases tout un ordre de phénomènes pathologiques ou physiologiques qui, depuis les travaux publiés par M. Braid (de Manchester) en 1842, par MM. Azam, Broca, Lasègue, Mesnet, vers 1860, étaient à peu près restés dans l'ombre.

Une connaissance plus nette et plus approfondie des divers états désignés sous le nom de catalepsie et de somnambulisme, permettra une appréciation plus juste des variétés cataleptiques et somnambuliques de l'attaque d'hystérie et en facilitera singulièrement la description.

Les faits que, depuis Braid, l'on a désignés sous le nom d'*hypnotisme*, rentrent pour la plupart dans l'étude que nous entreprenons ici ; mais la classification des divers états nerveux ainsi obtenus n'a pas été faite, et le nom d'hypnotisme, qui sert à les désigner en masse, devient trop vague pour être employé avec fruit. D'un autre côté, l'hypnotisme ne reconnaît pour cause que la fixité du regard,

la fatigue de la vue et la convergence des axes visuels dans le strabisme interne, et nous verrons que si cette cause, qui se résume en une impression particulière de l'organe de la vision, entre pour une part dans la production des phénomènes que nous allons exposer, elle est loin d'être la seule. Des influences variées s'adressant aux autres sens, tact ou audition par exemple, peuvent donner lieu aux mêmes résultats.

Je ne rapporterai pas ici dans tous leurs détails les nombreuses observations qui ont été faites à ce sujet sur nos hystériques; je me contenterai d'en donner plusieurs types qui les résumeront toutes et qui serviront de base à notre description.

PREMIÈRE OBSERVATION[1]. — INFLUENCE DE LA LUMIÈRE SUR LA PRODUCTION DE LA CATALEPSIE ET DU SOMNAMBULISME HYSTÉRIQUES.

1° — La malade est placée devant un vif foyer lumineux (lampe Bourbouze, lumière de Drummond, lumière électrique) qu'on la prie de fixer du regard. Au bout d'un temps généralement court (quelques secondes à plusieurs minutes) et parfois d'une façon instantanée, survient *l'état cataleptique*. La malade est comme fascinée, immobile, l'œil grand ouvert fixé sur la lumière, la conjonctive injectée et humide. L'anesthésie est complète. Si la malade était hémianesthésique, elle devient *anesthésique* totale. Elle n'est point contracturée, et tous ses membres ont la souplesse de l'état normal ou à peu près (quelquefois ils sont le siège d'une certaine raideur); mais ils ont acquis cette propriété singulière de conserver l'attitude qu'on leur imprime. C'est bien là ce que tous les auteurs ont décrit sous le nom de catalepsie. Et la malade peut garder pendant longtemps des poses qu'elle aurait même peine à prendre quand elle n'est point dans cet état. Toute communication de la malade avec le monde extérieur semble interdite, et elle ne donne aucun signe d'intelligence aux diverses interpellations

1. La plupart de ces observations, qu'on pourrait également qualifier d'expériences, ont été reproduites publiquement par M. Charcot à ses conférences cliniques, faites à l'hospice de la Salpêtrière en novembre et en décembre 1878.

qu'on peut lui adresser. Une particularité fort intéressante est l'influence du geste sur la physionomie. Les traits reflètent l'expression du geste. Une attitude tragique imprime un air dur à la physionomie, le sourcil se contracte. Et si l'on approche les deux mains de la bouche, comme dans l'acte d'envoyer un baiser, le sourire apparaît immédiatement aux lèvres. C'est là un exemple de ce que, dans le langage de Braid, on appelle le phénomène de la *suggestion* [1]. Cet état de catalepsie dure aussi longtemps que l'agent qui l'a provoqué, la lumière, continue à impressionner la rétine.

2°. — Si la lumière disparaît subitement, ou si l'on empêche le rayon lumineux de parvenir à l'œil de la malade en interposant un écran, ou simplement en baissant ses paupières supérieures avec la main, la catalepsie fait place à un nouvel état qui en diffère essentiellement et qui répond à ce que l'on a désigné sous les noms de somnambulisme, somniation provoquée, de sommeil nerveux, sommeil magnétique, etc... Le mot sommeil est peut-être assez improprement employé ici, car nous verrons que cet état spécial diffère par bien des caractères du véritable sommeil. M. Charcot préfère le désigner, en attendant mieux, sous le nom de *léthargie*.

La léthargie hystérique, dans ce cas particulier, débute brusquement avec la cessation de l'impression lumineuse : si elle était debout, la malade tombe à la renverse, la tête rejetée en arrière, le cou saillant.

Les yeux se ferment, et une inspiration sifflante se fait entendre, accompagnée de quelques mouvements bruyants de déglutition. Ces derniers signes et la chute en arrière rappellent, jusqu'à un certain point, les débuts de l'attaque hystéro-épileptique; mais la ressemblance s'arrête là, car les membres et tout le corps, loin de présenter la tétanisation de la période épileptoïde, sont le plus souvent dans la résolution la plus complète.

Un phénomène musculaire fort remarquable se développe immédiatement, c'est ce que M. Charcot désigne sous le nom d'*hyperexcitabilité musculaire :* il suffit d'exciter mécaniquement un

1. Voy. à ce propos l'excellent article Hypnotisme du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par M. Mathias Duval.

muscle au travers de la peau, soit en pressant, soit en frottant, même légèrement, pour provoquer sa contraction, à la façon de ce qui a lieu quand on pratique l'électrisation localisée. La contraction du muscle, sur les membres, persiste après l'excitation, pour peu que celle-ci soit un peu forte et un peu prolongée, et se transforme facilement en contracture permanente; l'excitation d'un nerf provoque la contraction des muscles qu'il innerve. Ainsi, il suffit d'une légère pression faite en avant du lobule de l'oreille, au point où émerge le facial, pour amener la contraction des muscles du même côté de la face; chaque muscle de la face, touché isolément, se contracte isolément; une légère friction sur le sterno-mastoïdien fait tourner la tête suivant l'action connue de ce muscle, c'est-à-dire que la face est dirigée du côté opposé au muscle excité. L'excitation de l'antagoniste, c'est-à-dire du sterno-mastoïdien de l'autre côté, ramène la tête dans la situation droite et, si l'on insiste, la tourne inversement. Sur un bras l'excitation des fléchisseurs amène la contracture du membre dans la flexion, qui cesse par l'excitation des extenseurs, et inversement. En résumé, tous les muscles sont susceptibles de se contracter ainsi; et suivant la durée et l'intensité de l'excitation, on obtient à volonté une contraction ou une contracture.

Il existe à ce sujet une petite différence entre les muscles de la face et ceux des membres. A la face on provoque très facilement la contraction des muscles, mais difficilement la contracture. Il faut insister, et encore ne réussit-on pas chez toutes les malades. Chez Wit..., par exemple, on arrive facilement à contracturer les muscles de la face de façon à imprimer à la physionomie telle expression grimaçante qui persiste.

La résolution n'est pas toujours complète Chez. B..., par exemple, souvent la tête conserve un léger degré de catalepsie. La malade étant assise, le dos renversé sur une chaise, la tête ne retombe pas complètement inerte, elle se maintient à demi renversée; et si on la tourne à gauche ou à droite, si on la penche en arrière ou en avant, elle conserve la position qu'on vient de lui donner. Par contre, les membres sont le plus souvent dans la résolution la plus complète.

A ces différents signes se joignent, pour caractériser la léthargie hystérique provoquée, un frémissement constant de la paupière supérieure, la convulsion des globes oculaires dans diverses directions[1], et la persistance de l'anesthésie totale et absolue.

Tel est ce qu'on pourrait appeler le *carus hystérique,* ou première phase de la léhargie provoquée.

Mais la malade, jusque-là inerte, peut, sous l'influence de certaines excitations, entrer dans une seconde phase qui se rapproche davantage du somnambulisme. Si on l'appelle un peu vivement, elle se lève et se dirige, les yeux toujours fermés, vers l'interpellateur. On peut la faire écrire, coudre, etc. Elle exécute tous ces différents actes, les yeux fermés, à peu près avec autant de précision que dans l'état de veille. Le sens musculaire, suivant la remarque de M. Azam, semble remplacer la vue. Elle répond parfois aux questions qu'on lui pose avec plus de précision qu'elle ne le saurait faire dans son état normal; il semble que l'intelligence soit plus excitée.

Pendant cette seconde phase de la somniation provoquée, les phénomènes musculaires de la première phase persistent au même degré (hyperexcitabilité musculaire, frémissement des paupières, etc.).

Pour faire sortir la malade de cet état, comme de l'état cataleptique, il suffit de lui souffler sur le visage ou de comprimer les ovaires. Au moment où elle revient à elle, la malade est prise d'un spasme pharyngien qui amène un peu d'écume entre ses lèvres, témoignant ainsi de la connexité qui existe entre ces différents états et l'attaque convulsive vraie. Dans aucun cas nous ne l'avons vue conserver le souvenir de ce qui s'est passé pendant ce sommeil[2].

En résumé, on voit que les deux états que nous venons d'étudier sont ainsi caractérisés :

1° *État cataleptique.* — L'œil est grand ouvert; anesthésie totale

1. Tantôt en haut et en dedans, tantôt en bas et en dedans, ou directement en bas. Le phénomène est, on le voit, fort variable.

2. Plusieurs fois nous avons compté le pouls de la malade et nous n'avons trouvé aucune différence sous ce rapport entre la léthargie et la catalepsie. Dans ces deux états le pouls est régulier, il bat de 80 à 100 pulsations à la minute. La respiration est faible, irrégulière, suspendue par moments. Il est fort difficile de compter le nombre des mouvements respiratoires.

et absolue; aptitude des membres et des diverses parties du corps à conserver la situation qu'on leur imprime; peu ou point de rigidité musculaire; impossibilité de faire contracter le muscle par excitation mécanique.

2° *État léthargique.* — Les yeux sont fermés ou demi-clos: frémissement persistant de la paupière supérieure; convulsion des globes oculaires; anesthésie totale et absolue; hyperexcitabilité musculaire: les membres dans la résolution ne conservent plus la situation qu'on leur donne, en dehors de celle que peut leur imprimer la contracture provoquée : *carus* ou *sommeil* (première phase), *somnambulisme* (deuxième phase.)

DEUXIÈME OBSERVATION. — HÉMILÉTHARGIE ET HÉMICATALEPSIE EXISTANT SIMULTANÉMENT CHEZ LE MÊME SUJET.

Nous avons vu, dans l'observation précédente, la catalepsie produite par l'impression lumineuse et suivie de la léthargie par la suppression brusque de la lumière. Le retour de la lumière ramène la catalepsie, il suffit de soulever les paupières de la malade léthargique pour faire revenir tous les signes de l'état cataleptique. Dans ce cas la catalepsie et la léthargie se succèdent tour à tour au gré de l'observateur, suivant qu'il maintient ouverts ou fermés les yeux de la malade.

Cette expérience peut être variée de la façon suivante. Supposons la malade plongée dans l'état cataleptique sous l'influence d'une vive lumière. Nous fermons avec la main un seul de ses yeux, l'œil droit par exemple, et aussitôt elle devient léthargique du côté droit seulement, pendant qu'elle demeure cataleptique du côté gauche. C'est-à-dire que les membres et la face du côté droit sont dans la résolution et jouissent seuls de l'hyperexcitabilité musculaire caractéristique de la léthargie, pendant que les membres du côté gauche seulement ont la propriété de conserver les attitudes qu'on leur communique.

La malade est à la fois, on peut le dire, hémiléthargique et hémicataleptique. L'hémiléthargie ou l'hémicatalepsie peut indifféremment occuper l'un ou l'autre côté du corps.

Troisième Observation. — Contracture permanente artificielle.

Les contractures variées que l'état de léthargie permet de donner à la malade se résolvent d'elles-mêmes et immédiatement si on vient à la faire passer directement de la léthargie à l'état normal par les divers procédés : souffle sur le visage, compression ovarienne. Mais si, au lieu de la réveiller, on la rend cataleptique, la contracture persiste tout le temps que dure la catalepsie pour se résoudre au moment où on la plonge de nouveau dans le sommeil. Si l'on provoque le réveil pendant qu'elle est cataleptique et contracturée, la contracture persiste alors indéfiniment et la malade, complètement revenue à elle, offre toutes les apparences d'une hystérique atteinte de contracture permanente. Il n'est alors possible de la débarrasser complètement de la contracture qu'en la plongeant de nouveau dans l'état de somniation[1].

L'hystérique ainsi affectée de contractures permanentes artificielles, par les procédés que nous venons d'indiquer, est sous le coup d'un état spécial du système musculaire, que l'on pourrait appeler la diathèse de contracture ; c'est-à-dire que les muscles sont susceptibles de se contracturer sous l'action d'agents très divers, de l'aimant par exemple, et la contracture ainsi attirée, en quelque sorte, sur un autre point du corps, quitte les muscles qu'elle avait primitivement atteints. Ainsi, supposons notre malade affectée de contracture permanente artificielle du bras droit; si l'on fait agir l'aimant sur le bras gauche, en plaçant ses pôles actifs à peu de distance de la peau, le bras gauche, au bout de peu d'instants, se contracture en même temps que le bras droit retrouve sa souplesse normale. Ce procédé de déplacement de la contracture sous l'influence de l'aimant a été utilisé pour la guérison d'une contracture permanente hystérique, survenue spontanément chez une reli-

1. Le mot *somniation* est emprunté à Joseph Frank. M. le Dr Moissenet s'en est servi dans son intéressante étude publiée dans le premier fascicule de la Société médicale des hôpitaux.

gieuse, la sœur P., dont l'observation a été publiée tout au long dans le *Progrès médical* [1].

QUATRIÈME OBSERVATION.

Comme complément de cette étude de la catalepsie produite par l'impression lumineuse, M. Charcot a rappelé à son cours l'expérience bien connue qui consiste à faire tomber un coq ou une poule dans un état assez analogue à la catalepsie de l'homme, en lui plaçant le bec devant une ligne blanche tracée sur le sol. L'expérience est reproduite en plaçant un coq devant une lumière de Drummond; survient bientôt un état qui ressemble à la catalepsie, mais qui n'est jamais suivi de léthargie. Ces faits ont déjà été reconnus depuis longtemps par le père Athanase Kirscher, qui pensait que la cause de ces phénomènes résidait dans *l'imagination de l'animal*. Récemment, en Allemagne, cet état cataleptiforme a été reproduit par divers procédés sur divers animaux, tels que le pigeon, le lapin, le moineau, le cobaye, la salamandre, l'écrevisse, par M. Preyer, qui l'attribue à la terreur ou au saisissement. M. Charcot, sans chercher à donner la raison de ces phénomènes, se contente de les rapprocher de ceux qu'on observe chez les hystériques, indiquant un chapitre de pathologie comparée qui ne serait pas sans intérêt [2].

CINQUIÈME OBSERVATION. — CATALEPSIE ET SOMNAMBULISME HYSTÉRIQUES PRODUITS SOUS L'INFLUENCE DES VIBRATIONS D'UN DIAPASON.

La lumière n'est pas le seul agent qui puisse plonger les hystéro-épileptiques dans les états de catalepsie et de léthargie ; les mêmes expériences ont été reproduites sous l'influence des vibrations sonores. Les malades Gl... et B... sont assises sur la boîte de renforce-

1. *Le Progrès médical*, n[os] 35, 36 et 39, année 1878.
2. L'expérience attribuée à Kirscher, (1646), était déjà connue de Schwenter (*Deliciæ physicomathematicæ*, Nürnberg, 1636), qui l'avait empruntée à un ouvrage publié sans nom d'auteur, par un Français. Sur l'état cataleptique chez les animaux, voy., en outre des travaux du D[r] Michea : Czermak, *Archives de physiologie de l'homme et des animaux*, Bonn, 1873 ; Preyer, *die Kataplexie und der Thiersehhellypnotismus*, avec planches, Iéna, 1878.

ment d'un fort diapason; ce diapason, en métal de cloche, vibre soixante-quatre fois à la seconde. Il est mis en vibration au moyen d'une tige de bois qui en écarte violemment les branches ou d'un archet qui frotte son extrémité ouverte. Au bout de peu d'instants les malades entrent en catalepsie, les yeux restent ouverts, elles paraissent absorbées, elles n'ont plus conscience de ce qui se passe autour d'elles, et leurs membres conservent les diverses attitudes qu'on leur imprime [1]. Si l'on arrête brusquement les vibrations du diapason, immédiatement se fait entendre le bruit laryngien, les membres tombent dans la résolution et les malades sont plongées dans la léthargie. — Ici la léthargie possède tous les caractères décrits précédemment. Au milieu de l'état léthargique, de nouvelles vibrations du diapason ramènent la catalepsie.

Il semblerait donc que la suppression de l'agent qui a provoqué la catalepsie soit la condition nécessaire de sa disparition pour faire place à la léthargie. Mais il faut que la transition soit brusque, la lumière par exemple éteinte tout d'un coup, ou bien les vibrations du diapason arrêtées soudainement; si on laisse les vibrations s'épuiser d'elles-mêmes, la catalepsie persiste.

L'action de l'agent qui a produit la catalepsie peut donc s'épuiser, disparaître, et la catalepsie n'en persister pas moins. En effet, nous voyons la malade sur laquelle on a répété ces diverses expériences, demeurer pendant quelque temps, un quart d'heure ou une demi-heure — jusqu'à ce que les distractions, une petite promenade au grand air, aient tout fait disparaître, — dans un état de prédisposition tout spécial qui fait qu'elle entre en catalepsie toute seule sans l'intervention appréciable d'aucun agent extérieur, comme par les seules tendances de son organisme ébranlé.

1. Nous avons vu que lorsque les malades étaient rendues cataleptiques par la lumière, il suffisait de leur fermer les yeux pour les plonger dans l'état léthargique. Dans le cas présent, la même manœuvre ne conduit pas au même résultat. Tant que dure la vibration sonore, l'on peut fermer les yeux de la malade, et la catalepsie n'en persiste pas moins.

SIXIÈME OBSERVATION. — CATALEPSIE ET SOMNAMBULISME HYSTÉRIQUES PRODUITS SOUS L'INFLUENCE D'UN BRUIT INTENSE ET INATTENDU.

Il était intéressant de rechercher si dans l'expérience précédente la catalepsie et le somnambulisme hystériques étaient survenus sous l'influence d'une impression auditive ou de l'ébranlement communiqué à tout le corps par la propagation des vibrations de la caisse sonore.

L'observation suivante, sans éliminer l'influence de la vibration communiquée au corps, montre que l'impression auditive suffit pour produire la catalepsie.

28 novembre 1878. — Plusieurs hystériques sont réunies dans une même salle, et pendant que d'un côté l'on cherche à détourner leur attention, de l'autre un coup vivement porté sur un gong chinois produit le bruit assourdissant que tout le monde connaît. L'émoi est grand, une seule, B..., tombe subitement en catalepsie; elle est immobilisée dans l'attitude de la frayeur, le corps penché en avant et les deux mains levées à hauteur des oreilles. La catalepsie paraît plus intense qu'habituellement, ses membres se laissent déplacer et conservent la nouvelle attitude qu'on leur communique, mais ils sont le siège d'une certaine raideur.

En lui fermant les yeux, la léthargie ne survient pas. Mais en répétant les coups sur le gong et en arrêtant subitement les vibrations, elle tombe en léthargie; de nouveaux coups de gong la mettent en catalepsie.

On la réveille par la pression ovarienne : elle recouvre ses sens, mais un résultat bien inattendu se produit. — Elle ne reconnaît personne, ne répond en aucune façon aux questions qu'on lui adresse, récite d'une voix monotone, avec des gestes incohérents, une sorte de discours interminable, composé de mots et de membres de phrases sans suite, et n'ayant aucun sens déterminé. En voici un exemple :

« C'est ainsi qu'il a jugé le contraire de se mettre à la portée... C'est ainsi qu'il court sans cesse avec les générosités à lui pré-

sentes, qu'une personne était seule à remettre les endroits difficiles de la terre... Il était lâche de comprendre cette défiguration personnelle... Le raisonnement était bien humble, bien pensif à tous ses devoirs... C'est certain, c'est sa manière de vivre... Le redoutable coup de tonnerre fait écrouler les maisons. Le reçu de coup fatal de sa poitrine, une partie du monde qui était entré dans Paris... Il s'était fait mourir pour s'atténuer le complément, car la fin du mois est arrivée capable de dissimuler dans les siècles des siècles... C'était le premier juin, il était rentré dans sa maison, il a fait beaucoup de peine, il avait voulu se venger contre les coupables des coupables, il s'était arrangé de manière à défiler les couteaux pour donner des coups de pied... etc. »

Elle est anesthésique totale et n'a plus de zone hystéro-épileptogène.

Elle s'endort plus difficilement par le regard. Le son, la lumière, la cataleptisent; alors on peut lui donner une attaque convulsive ou la plonger dans le sommeil léthargique. Quand elle se réveille, elle sort comme d'un rêve et conserve pendant quelques instants sa raison, l'hémianesthésie et les points hyperesthésiques. Mais bientôt on voit son visage s'assombrir, elle repousse du geste les personnes avec qui elle causait et reprend ses interminables divagations, perdant à la fois la raison et les points hyperesthésiques et devenant anesthésique totale.

Elle demeure dans cet état mental jusqu'au 3 décembre.

Le 1er et le 2 décembre, elle a des attaques composées d'accès épileptoïdes et de délire avec agitation. Quand on comprime la région ovarienne, elle recouvre la raison avec le calme; mais, les attaques terminées, elle se trouve dans le même état mental qu'auparavant.

Enfin, le 3 décembre, à la visite du matin, B... vient au-devant de nous, nous annonçant qu'elle a perdu les points hyperesthésiques. — Elle a complètement recouvré la raison. On ne peut lui donner une attaque en lui pressant entre les deux épaules, comme cela a lieu habituellement chez elle. Mais elle reste hémianesthésique. Pendant le sommeil hystérique provoqué par la fixité du re-

gard, retour des points hyperesthésiques, qui disparaissent quand elle est réveillée.

On comprendra que devant un semblable résultat, nous ne nous soyons plus permis de répéter cette expérience chez nos



Fig. 30.

autres malades qu'avec la plus grande réserve. Cependant, le bruit du gong est loin d'exercer un effet toujours aussi désastreux sur l'intelligence.

Gl... est très facilement cataleptisée par ce procédé. L'expérience, répétée bien des fois chez elle, n'a jamais eu de conséquences fâcheuses. Elle est subitement immobilisée dans l'attitude où elle se trouve. Par exemple : la séance terminée, au moment où elle sort de la salle, on donne un coup sur le gong, elle est subitement immobilisée, la jambe levée, le corps penché en avant, comme dans l'acte de marcher ; seulement ses mains se sont rapprochées des oreilles, comme pour éviter un bruit assourdissant (fig. 30). La physionomie conserve le plus souvent l'expression de l'effroi, les yeux sont ouverts. Si on lui ferme les paupières, survient l'état léthargique et tout le cortège des phéno-

mènes décrits dans la première observation. Un nouveau coup sur le gong la rend cataleptique.

Elle ne conserve au réveil aucun souvenir du bruit qui a causé la catalepsie.

Elle se prête assez volontiers à ces expériences, qui n'ont pas l'air de lui sembler trop pénibles. Un jour nous la prions de frap-



Fig. 31.

per elle-même sur le gong (fig. 31). A peine a-t-elle donné le coup sur l'instrument, qu'elle se renverse en arrière, prenant un point d'appui sur le mur près duquel elle se trouve ; ses deux bras, tenant encore les deux parties de l'instrument, s'élèvent presque horizontalement et elle demeure ainsi immobilisée. Au bout de quelques instants, on lui ferme l'œil droit, le bras droit retombe et la main laisse échapper le percuteur ; on ferme ensuite l'œil gauche, le bras gauche retombe et la main laisse échapper le gong. La léthargie est complète.

SEPTIÈME OBSERVATION. — CATALEPSIE ET SOMNAMBULISME HYSTÉRIQUES, PRODUITS SOUS L'INFLUENCE DU REGARD.

Des effets absolument semblables à ceux que nous venons d'exposer, sont obtenus sans l'intervention d'un foyer lumineux ou des vibrations sonores. — Il suffit de fixer la malade dont le regard est dirigé sur celui de l'expérimentateur. B... dont la sensibilité à ce genre d'expériences est très grande, tombe presque immédiatement dans le carus léthargique, précédé de l'inspiration sifflante habituelle. Chez les malades plus longues à endormir par ce moyen, la léthargie semble précédée d'une sorte d'état cataleptique. Tout ceci s'obtient sans passe aucune, et sans que la personnalité de l'expérimentateur y soit pour quelque chose.

Une fois la malade endormie de cette façon, il suffit de lui ouvrir les yeux pour la rendre cataleptique; et l'on peut répéter à volonté, et nous ajoutons sans grande fatigue pour la malade, toute la série des expériences reproduites plus haut.

Dans cette expérience, la malade paraît être plongée d'emblée dans l'état léthargique sans passer par l'état cataleptique comme dans les expériences précédentes. Mais si l'on y regarde de près, on verra que l'ordre de succession est toujours le même et que la catalepsie passe inaperçue. Chez une malade un peu longue à endormir par ce procédé, on remarque qu'à un certain moment, le regard devient d'une fixité particulière, la conjonctive est injectée, l'œil larmoyant. Si alors l'expérimentateur s'éloigne graduellement, il pourra parvenir à fixer cette phase qui n'est autre que l'état cataleptique; en effet, la malade abandonnée à elle-même ne se réveille pas, elle ne tombe pas non plus dans le sommeil. Son œil demeure toujours grand ouvert, elle est immobile, ses membres conservent l'attitude qu'on leur communique; en un mot, elle est cataleptique.

Nous avons observé chez une de nos malades endormie par ce procédé, quelques détails de la léthargie hystérique qui, tout en différant un peu de la description que nous en avons donnée,

n'en rentre pas moins, quant à ses traits principaux, dans l'ordre général. Ainsi la résolution des membres n'est pas complète. Pendant le sommeil léthargique avec hyperexcitabilité musculaire, la catalepsie existe à un léger degré dans les membres supérieurs, quelquefois dans un seul. *Ils sont le siège d'une certaine raideur*. Mais l'état cataleptique est bien imparfait, car le membre soulevé ne tarde pas à retomber peu à peu et par degrés, suivant la loi de la pesanteur. Il suffit d'ouvrir les yeux à la malade pour la rendre complètement cataleptique et faire cesser l'hyperexcitabilité musculaire. Les deux états, léthargie et catalepsie, n'en sont pas moins nettement caractérisés. Dans le premier persiste, il est vrai, un certain degré de catalepsie, mais la catalepsie est imparfaite et partielle, elle n'occupe pas tout le corps; il y a de l'hyperexcitabilité musculaire. Dans le second la catalepsie est parfaite et générale; il n'y a plus d'hyperexcitabilité musculaire.

Cette observation nous a conduit à rechercher si, chez les autres malades qui ont une résolution plus complète pendant la léthargie, ces phénomènes de catalepsie imparfaite pouvaient être également obtenus. Nous y sommes arrivés facilement chez B...; mais deux conditions deviennent alors indispensables pour faire conserver au membre la position que l'on désire lui voir garder : ou bien il faut que le membre soit brusqué, ou bien il faut le maintenir quelques instants avant de l'abandonner à lui-même.

HUITIÈME OBSERVATION. — LÉTHARGIE HYSTÉRIQUE PRODUITE SOUS L'INFLUENCE DE LA PRESSION DES GLOBES OCULAIRES.

La pression des globes oculaires, suivant le procédé employé déjà par M. Lasègue, provoque chez la plupart de nos malades, un sommeil qui n'est autre que la léthargie que nous avons déjà longuement décrite. Le soulèvement des paupières amène l'état cataleptique, de la même façon que dans les observations précédentes.

NEUVIÈME OBSERVATION. — PRODUCTION DU SOMNAMBULISME HYSTÉRIQUE SANS HYPEREXCITABILITÉ MUSCULAIRE.

Cette expérience n'a pu être reproduite que chez une seule de nos malades, Alph. B...

En temps ordinaire B... porte sur le sommet de la tête une zone hyperesthésique; la pression en est fort douloureuse. Lorsqu'on pratique cette pression, on provoque une sorte de vertige épileptoïde, la malade se renverse, se raidit, quelquefois un peu d'écume vient aux lèvres; puis elle reprend aussitôt connaissance et regarde avec des yeux étonnés. Habituellement, on ne peut par ce procédé provoquer les grandes attaques convulsives qui surviennent si facilement à la suite du moindre attouchement exercé sur la région dorsale entre les deux épaules.

B... est endormie par le regard. Elle est dans l'état que nous avons appelé *léthargie avec hyperexcitabilié musculaire*. Si alors on vient à exercer une pression sur le sommet de la tête, on voit survenir une ébauche d'attaque épileptoïde; la malade se renverse et se raidit, ses membres dans l'extension se tétanisent, la tête s'étend, et l'écume vient aux lèvres; mais les choses en restent là et la malade se trouve dans un nouvel état de sommeil avec rigidité souvent générale.

Cette rigidité disparaît facilement par une légère friction sur les membres contracturés. La résolution peut être obtenue complète, et il n'est plus possible alors de provoquer la contracture. L'hyperexcitabilité musculaire n'existe plus. En apparence, rien n'est changé à l'état de léthargie hystérique dans lequel la malade se trouvait plongée, il n'y a qu'un instant. Mais le muscle n'est plus excitable, pas plus à la face qu'aux membres, et la résolution qui existe ne peut être modifiée en aucune façon.

De plus, si on vient à soulever les paupières de la malade, la catalepsie n'est plus possible, le membre soulevé retombe inerte.

Mais le somnambulisme existe comme dans la léthargie avec

hyperexcitabilité musculaire. Il semble même qu'il soit plus parfait. En effet, la malade se lève avec plus de vivacité, marche plus facilement, cherche à suivre l'expérimentateur.

Nous avons donc affaire ici à une nouvelle sorte de léthargie et de somnambulisme, différente de celle que nous avons décrite (Obs. I), sous les rapports suivants : *l'hyperexcitabilité musculaire n'existe pas*, *la catalepsie n'est plus possible par le soulèvement des paupières supérieures et le somnambulisme paraît plus parfait.*

Pendant ce deuxième état de sommeil, si l'on vient à exercer une pression sur les globes oculaires, la malade pousse un profond soupir, quelquefois un bruit pharyngien se fait entendre et il y a retour de l'hyperexcitabilité musculaire. La malade est de nouveau dans le premier sommeil, la léthargie avec hyperexcitabilité. De sorte que, chose bien curieuse, on peut à volonté, chez notre malade, faire apparaître alternativement, ou la léthargie avec hyperexcitabilité, ou la léthargie sans hyperexcitabilité, suivant qu'on exerce une pression sur les globes oculaires ou sur le sommet de la tête.

Pendantune attaque convulsive nous avons plusieurs fois arrêté subitement les convulsions par la pression sur le sommet de la tête et amené la production de cette seconde sorte de léthargie artificielle, qui s'est prolongée longtemps et a amené la fin de la crise.

L'examen des muscles par l'électricité faradique est venu confirmer la différence que nous avons signalée dans l'état musculaire et qui nous a servi à caractériser et à admettre deux sortes de léthargie hystérique.

Dans la *léthargie avec hyperexcitabilité musculaire*, l'excitation faradique portée sur un membre produit infailliblement la contracture permanente du muscle; dans la *léthargie sans hyperexcitabilité musculaire*, l'excitation faradique, quelque forte qu'elle soit, n'a jamais pu mettre le muscle en état de contracture permanente et n'a jamais produit qu'une contraction.

Ces diverses observations conduisent à la distinction de trois états nerveux différents, susceptibles d'être provoqués chez certaines hystériques par diverses influences, et qu'il est possible de reconnaître facilement à des signes constants et manifestes. Nous allons en résumer les principaux caractères.

§ I[er]. — CATALEPSIE HYSTÉRIQUE PROVOQUÉE.

A. *Mode de production.* — Nous avons vu la catalepsie survenir sous l'influence d'une vive lumière (Obs. I), des vibrations du diapason (Obs. V), ou du bruit du gong (Obs. VI). La fixité du regard (Obs. VII, la concentration de l'attention, l'imagination, une impression morale même peuvent, chez une hystérique, provoquer la catalepsie. Toutes les pratiques usitées dans l'hypnotisme peuvent faire naître l'état cataleptique; nous voyons en effet la catalepsie signalée comme le phénomène le plus fréquent de l'état hypnotique : « Il est, dit Mathias Duval, le premier qui se produise. »

D'après Spring (cité par Duval), on pourrait s'assurer que parfois, dans l'inhalation de l'éther et du chloroforme, des phénomènes cataleptiques partiels se montrent passagèrement avant que la narcose soit complète. Chez Wit..., nous avons vu parfois les inhalations d'éther provoquer un état cataleptique parfait, qui se transformait immédiatement en léthargie par la pression sur les globes oculaires. Une sorte de catalepsie passagère, toujours d'après la remarque de Spring, survient, même dans l'état de santé, à la suite d'une émotion profonde. On voit des personnes, saisies subitement d'horreur ou d'effroi, s'arrêter immobiles comme une statue, raides et privées de sentiment, les bras levés ou étendus, dans des poses expressives.

Il est intéressant de rapprocher de la catalepsie produite par les coups portés sur le gong, les effets cataleptiques occasionnés par les coups de tonnerre. Doit-on y voir l'influence du bruit, de l'émotion, ou de l'ébranlement occasionné par le choc en retour?

Puel rapporte l'observation de deux domestiques frappées de catalepsie le même jour, à la même heure, aux deux extrémités de

la ville, pendant un orage et au moment où venait d'éclater un violent coup de tonnerre. Chez toutes deux, il y avait perte de la voix et de la parole, et les autres symptômes musculaires caractéristiques de la catalepsie existaient sans qu'il y eût perte de connaissance. Enfin elles furent guéries l'une et l'autre dès le lendemain. La première était une jeune fille et l'autre était âgée de trente à quarante ans.

B. *Caractères.* — Ils ne diffèrent pas de ceux que l'on assigne généralement à la catalepsie spontanée. L'abolition ou la suspension des fonctions sensoriales est apparente, sinon réelle. Au sortir de l'accès, la malade perd complètement le souvenir de ce qui s'est passé.

La catalepsie n'atteint que les muscles de la vie de relation; ceux de la vie organique en sont exempts. Tout le corps possède la propriété de conserver, souvent pendant un temps relativement long, les positions les plus étranges qu'on lui communique. La résolution musculaire peut être complète et les membres conservent une grande souplesse. On les meut avec la plus grande facilité, ils obéissent de suite aux diverses impulsions et paraissent d'une légèreté extrême.

Mais il peut exister un degré variable de rigidité musculaire qui a fait comparer par les auteurs la sensation que l'on éprouve en déplaçant les membres cataleptiques, à celle que donne la flexibilité de la cire.

L'intensité de l'état cataleptique semble en rapport avec la raideur des muscles, si nous nous en rapportons à ce que nous avons observé sur B... qui, habituellement souple dans la catalepsie provoquée par le regard, présenta une raideur très manifeste quand la catalepsie fut occasionnée par un violent coup de gong.

L'œil est le plus souvent ouvert et les paupières ne sont pas animées du clignotement qui se rencontre dans la léthargie hystérique ; pas de convulsion des globes oculaires; quelquefois il y a du trismus.

L'hyperexcitabilité musculaire, qui est également un des signes de la léthargie hystérique, n'existe pas ici. Il est impossible

de provoquer par une excitation mécanique la contraction ou la contracture permanente du muscle. La friction ou le massage sur le membre cataleptique n'amène aucune modification dans l'attitude provoquée. Cependant, le muscle conserve la propriété de proportionner le degré de sa contraction à l'effort qu'il doit vaincre. Ainsi le bras étendu perpendiculairement au corps gardera la même position, malgré le poids dont on peut charger la main.

Enfin, un des caractères qui n'est pas le moins intéressant est le phénomène de la suggestion (Obs. I).

Tels sont les signes de cet état qui nous paraît présenter les caractères de la catalepsie, à ce point qu'il mérite seul d'en conserver le nom. Nous le distinguerons du second état que l'on pourrait appeler *cataleptiforme*, qui accompagne souvent la léthargie hystérique et que les auteurs ont toujours confondu avec le premier. Nous donnerons les signes différentiels de ces deux états, qui, tout en présentant une certaine analogie par le dehors, nous paraissent de nature différente quant au fond.

La catalepsie cesse par le retour à l'état normal ou par le passage à l'état léthargique.

Une excitation légère suffit pour réveiller la malade : souffle sur le visage, pression ovarienne, etc.

La pression sur les globes oculaires, comme la suspension brusque de l'agent qui a produit la catalepsie (Obs. I, V, VI). amène la production de la léthargie avec hyperexcitabilité musculaire.

§ II. — LÉTHARGIE HYSTÉRIQUE PROVOQUÉE S'ACCOMPAGNANT DE SOMNAMBULISME ET D'HYPEREXCITABILITÉ MUSCULAIRE.

A. *Mode de production.* — L'état léthargique succède le plus souvent à l'état cataleptique; il est amené par la suppression brusque de l'agent (lumière, vibrations sonores) sous l'influence duquel s'est produite la catalepsie.

Pendant l'état cataleptique, quel qu'ait été son mode de produc-

tion, l'abaissement de la paupière supérieure fait le plus souvent tomber la malade en léthargie.

Enfin, la pression sur les globes oculaires peut chez certaines hystériques produire directement la léthargie. La fixité du regard, les pratiques hypnotiques, conduisent au même résultat, mais parfois en faisant passer la malade par un état cataleptique de peu de durée, quoique fort appréciable.

Toutes les hystériques ne sont pas également susceptibles de devenir léthargiques ou cataleptiques sous l'influence des procédés indiqués.

« Les hystériques envisagées au point de vue de la prédisposition à la catalepsie, dit Lasègue, peuvent se diviser en deux classes : les unes excitables, mobiles, spasmodiques même dans l'intervalle des accès, moralement irritables et impulsives ; les autres calmes, somnolentes, demi-torpides, réagissant peu, plus promptes à pleurer qu'à s'irriter. Les malades de cette seconde classe doivent être choisies pour cette recherche spéciale [1]. »

Le même auteur dit un peu plus haut que la catalepsie ainsi caractérisée ne survient que chez les femmes en pleine évolution hystérique.

B. *Caractères.* — Lasègue décrit ainsi l'invasion du sommeil hystérique provoqué par la pression oculaire.

« Lorsque, chez une hystérique du type que je viens d'indiquer, on applique la main sur les yeux ou qu'on ferme les paupières, par n'importe quel procédé, la malade éprouve une sensation d'engourdissement toute particulière. Elle répond aux questions, elle exécute, quand elle n'est pas ataxique, les mouvements qu'on lui prescrit, mais avec une paresse croissante. Peu à peu la respiration se fait avec plus d'efforts, les parois de la poitrine se soulèvent davantage, les globes oculaires sont convulsés en haut, la malade cesse de répondre et elle s'endort d'un sommeil profond, identique au sommeil naturel, avec cette différence qu'elle reste plus insensible aux bruits du dehors : on a beau l'appeler à haute voix,

1. Lasègue, *Archives gén. de médecine*, 1865.

frapper vivement et près de son oreille sur un objet sonore, elle continue à dormir avec une placidité qui exclut toute possibilité de simulation, etc...

» Si rapide qu'ait été le sommeil produit par la simple occlusion des yeux, il n'a lieu qu'au bout de quelques minutes, plus ou moins vite, suivant la constitution nerveuse de la patiente[1]. »

Au début de ce sommeil nous avons presque toujours observé chez nos malades, quel que soit le procédé employé pour le produire, quelques phénomènes épileptoïdes : légère raideur des membres, mouvements de déglutition, bruit pharyngien, inspiration sifflante, écume à la bouche.

Les caractères de la léthargie ainsi obtenue sont les suivants :

1° Insensibilité complète de la peau et des muqueuses;

2° Les yeux fermés ou à peu près, les globes oculaires convulsés;

3° Frémissement constant des paupières supérieures;

4° Résolution musculaire le plus souvent. Quelquefois légère raideur des membres. Contractures partielles. La contracture cède à la friction. Parfois un certain degré de catalepsie incomplète et partielle (Obs. VII), qui cède à la friction (état cataleptiforme);

5° Toujours hyperexcitabilité musculaire (Obs. I). Possibilité par l'excitation mécanique de provoquer la contracture du muscle, laquelle disparaît par la friction ou l'excitation des muscles antagonistes;

6° Possibilité par le soulèvement de la paupière supérieure de provoquer de suite une catalepsie parfaite d'une moitié du corps ou des deux côtés, suivant qu'on soulève une seule paupière ou les deux;

7° Somnambulisme. La malade marche, fait certaines actions et peut répondre à quelques questions.

La plupart des cas rapportés dans les auteurs sous le nom de somnambulisme hystérique, sommeil hystérique, sommeil hypnotique, somniation (Franck), nous semblent répondre à ce que nous venons

1. Lasègue, *loc. cit.*, p. 393 et 394.

de décrire sous le nom vague, faute de mieux, de *léthargie hystérique provoquée, s'accompagnant d'hyperexcitabilité musculaire.*

Je fais de l'hyperexcitabilité musculaire un signe obligé de cette variété de sommeil, car il existe un autre sommeil où l'hyperexcitabilité ne se rencontre pas.

L'hyperexcitabilité musculaire, sans être expressément signalée, a été entrevue dans le sommeil hypnotique : les bras étant dans la résolution, on prie la malade de serrer un objet quelconque, un dynamomètre, par exemple ; si alors on malaxe les muscles avec les mains, on les sent se raidir, acquérir la dureté du bois, et le sujet peut développer ainsi une force extraordinaire et sans accuser la moindre fatigue (Azam).

« La manière de faire cesser ces troubles de mouvements, ajoute M. Duval, n'est pas moins remarquable que la manière de les proe duire : une légère friction sur les muscles amène aussitôt leur résolution. »

Le clignotement des paupières est signalé dans de nombreux cas de sommeil hystérique et de catalepsie. Ces derniers cas de catalepsie ne peuvent-ils rentrer dans ces cas de catalepsies partielles et imparfaites qui accompagnent parfois la léthargie, et que nous proposons de désigner sous le nom d'*état cataleptiforme ?*

Cet état cataleptiforme, qu'il n'est pas rare de voir accompagner la léthargie, nous semble sous la dépendance de cette propriété spéciale du muscle que nous désignons sous le nom d'hyperexcitabilité musculaire, ou, pour mieux dire, il en est en quelque sorte une nouvelle manifestation. Lorsque l'on soulève un peu brusquement le membre d'une malade dont les muscles sont en état d'hyperexcitabilité, ou bien qu'après avoir soulevé le membre, on insiste un peu en le maintenant dans la même position avant de l'abandonner à lui-même, il garde la situation qu'on vient de lui communiquer. Mais que s'est-il passé? Les muscles dans cette manœuvre ont été excités, et en vertu de la propriété dont ils sont doués, ils se sont contracturés. Le membre qui paraît cataleptique est un membre contracturé. En effet, si l'on veut ensuite dé-

placer le membre, on éprouve une certaine résistance, évidemment due à la contracture musculaire.

Nous avons dit que la léthargie s'accompagnait parfois d'un certain degré de raideur généralisée. Il est facile de comprendre que lorsque cette rigidité générale existe, ces phénomènes cataleptiformes soient plus accusés. Mais ils n'en restent pas moins soumis aux mêmes lois. Et pour préciser davantage les caractères de la véritable catalepsie décrite plus haut, d'un côté, et de l'autre, ceux de l'état cataleptiforme, il nous est facile de les consigner dans un même tableau :

CATALEPSIE	ÉTAT CATALEPTIFORME DE LA LÉTHARGIE
— Yeux ouverts. — Pas de convulsion des globes oculaires.	— Yeux fermés. — Convulsion des globes oculaires.
— Pas de frémissement des paupières.	— Frémissement constant des paupières.
— État cataleptique général.	— État cataleptique partiel.
— Souplesse et légèreté des membres.	— Le plus souvent une certaine rigidité des membres — Le membre est toujours lourd à soulever.
— Le membre garde aussitôt la position communiquée.	— Il faut le plus souvent insister et maintenir quelques secondes au moins le membre avant de l'abandonner.
— Le membre conserve indéfiniment la position communiquée.	— Le plus souvent, le membre retombe bientôt.
— La friction et le massage ne modifient en aucune façon la position communiquée au membre.	— La friction et le massage amènent toujours la résolution du membre qui retombe inerte.

Cette distinction nous paraît importante et rend facilement compte de la confusion qui règne dans les observations de catalepsie des auteurs et de la multiplicité en même temps que de la disparité des phénomènes qui s'y trouvent signalés.

Elle peut expliquer peut-être les résultats obtenus par M. Lasègue sur certaines hystériques par la pression des globes oculaires. La catalepsie qu'il produit par ce procédé est générale ou partielle, complète ou incomplète, passagère ou durable. De plus, les membres sont le siège d'une certaine raideur, ils ont la flexibilité de la cire, tandis que la catalepsie que nous produisons par le soulèvement de la paupière supérieure ne s'accom-

pagne jamais de raideur. Enfin, il dit qu'il est des cataleptiques n'ayant que le sommeil, et bien qu'il ne soit pas question d'hyperexcitabilité musculaire, ce sommeil ne saurait être autre chose que la léthargie dont nous avons donné les caractères.

§ III. — LÉTHARGIE HYSTÉRIQUE PROVOQUÉE NE S'ACCOMPAGNANT PAS D'HYPEREXCITABILITÉ MUSCULAIRE.

A. *Mode de production.* — Nous n'avons pu provoquer cet état d'une façon sûre et constante que chez une seule de nos malades (Obs. IX).

Nous avons trouvé chez cette malade un point hyperesthésique sur le sommet de la tête, dont l'excitation produit invariablement la léthargie spéciale dont nous nous occupons ici; on pourrait l'appeler *point magnétique*. Les autres malades possèdent-elles des zones semblables? C'est fort possible et même probable; mais nous ne les avons pas encore découvertes. L'on se rappelle qu'avant que l'attention fût attirée sur les zones hystérogènes, la chose semblait une curiosité et paraissait fort rare, tandis que maintenant nous connaissons chez presque toutes nos malades une zone dont l'excitation détermine l'attaque convulsive.

Nous avons vu quelquefois cette variété de léthargie survenir chez nos autres malades, mais en dehors de notre action; cette seconde léthargie se produisait sans causes appréciables pendant que la malade était plongée dans la première, l'une succédant à l'autre et la remplaçant spontanément, comme par les progrès de l'état pathologique spécial que l'on avait provoqué.

A. *Caractères.* — Les caractères de cette variété de léthargie hystérique sont les suivants :

1° Débute comme la précédente par quelques phénomènes épileptoïdes.

2° Même insensibilité de la peau et des muqueuses.

3° Les yeux sont habituellement fermés, mais ils peuvent être grands ouverts. Il n'y a pas de clignotement des paupières.

4° Résolution musculaire. — Il existe parfois, au début, de la rigidité musculaire qui disparaît facilement par le massage ou les frictions et ne reparaît plus sous quelque excitation que ce soit.

5° L'hyperexcitabilité musculaire n'existe pas. Il est impossible de provoquer la contracture du muscle.

6° Pas de transformation possible en catalepsie par l'ouverture des yeux.

7° Somnambulisme très marqué ; il semble plus parfait que dans la léthargie avec hyperexcitabilité musculaire.

8° État spécial d'attraction pour les personnes qui l'influencent.

9° Possibilité par la pression oculaire de faire reparaître la léthargie avec hyperexcitabilité accompagnée de tous ses caractères.

Cette léthargie sans hyperexcitabilité paraît se rapprocher beaucoup du somnambulisme naturel et du sommeil dit *magnétique*.

Le sommeil magnétique existe-t-il donc réellement? C'est ce que nous ne saurions dire, et notre intention n'est pas d'entrer dans la discussion d'un sujet aussi discuté et encore bien obscur. Mais ce que nous pouvons néanmoins affirmer ici, c'est que, quels que soient les moyens usités pour le provoquer, le sommeil magnétique n'a pas été imaginé de toutes pièces ; c'est qu'il existe véritablement un sommeil dont nous avons donné les caractères principaux et qui a beaucoup d'analogie avec lui, à part, bien entendu, tous les attributs étranges et merveilleux dont l'enthousiasme des uns et la supercherie des autres l'ont doté.

La catalepsie, la léthargie et le somnambulisme peuvent survenir spontanément chez les hystériques, sans montrer aucune relation apparente avec l'attaque convulsive. Mais il peut se faire que ces phénomènes habituellement étrangers à l'attaque, viennent s'y surajouter et constituer ainsi des variétés de l'attaque hystéro-épileptique que nous allons étudier maintenant.

CHAPITRE VI

VARIÉTÉS PAR IMMIXTION DE PHÉNOMÈNES CATALEPTIQUES. ATTAQUE DE CATALEPSIE.

L'hystérie et la catalepsie sont-elles deux névroses distinctes? Bourdin et Briquet n'hésitent pas à répondre par l'affirmative, et ils appuient leur opinion sur le fait de la plus grande fréquence de la catalepsie chez l'homme, pendant que l'hystérie ne se rencontre guère que chez la femme. M. Briquet donne des chiffres. Il admet toutefois que ces deux affections n'en ont pas moins entre elles une certaine affinité.

Puel voit également dans la catalepsie et dans l'hystérie deux maladies complètement distinctes, qui peuvent se compliquer quelquefois, mais qui ne se confondent jamais.

Quelques auteurs au contraire ont pensé que non seulement l'hystérie était une complication de la catalepsie, mais que ces deux affections ne formaient qu'une seule et même maladie ayant deux manières d'être, deux formes symptomatiques. Georget [1] partageait cette opinion et s'autorisait du témoignage de Lieutaud, qui avait eu cette idée avant lui.

M. Lasègue, contre l'argument de M. Briquet, fait remarquer que la catalepsie longue, à accès illimités, ne s'observe que chez les hystériques. « Cette loi absolue, dit-il, qui n'a jusqu'ici souffert aucune contradiction, a été signalée sans qu'on songeât à profiter des enseignements qu'elle renferme. »

1. « Nous pensons que la catalepsie et l'hystérie ont le même siège, sont produites par le même genre de causes, nécessitent le même ordre de traitement, que les différences qu'elles présentent ne sont que dans leurs formes. »
(Georget, *Dict. de Méd.*)

M. Espanet ajoute que la ténacité du mal, un à huit ans, se voit chez les femmes seules.

Enfin, la facilité de production des phénomènes cataleptiques chez les hystériques est une preuve de plus en faveur des liens de parenté qui existent entre les deux névroses.

En résumé, la question nous semble devoir être difficilement résolue d'une façon péremptoire.

« Les faits, dit Falret[1] dans son mémoire sur la catalepsie, sont le plus souvent disparates, ne se ressemblent en quelque sorte que par un seul point, la raideur cataleptique, et diffèrent les uns des autres par l'ensemble de leurs symptômes et par leur marche. On se trouve ainsi en présence d'un symptôme et non d'une maladie. L'état cataleptique se produit, en effet, dans des conditions très diverses; on le voit fréquemment accompagner les attaques d'hystérie et figurer dans cette maladie à titre de complication; il survient de temps en temps chez les aliénés, chez les maniaques, aussi bien que chez les mélancoliques, etc.

» Elle peut exister avec ou sans perte de connaissance; elle est quelquefois le symptôme précurseur d'une maladie plus grave, telle que l'apoplexie ou l'épilepsie, ainsi qu'il en existe des exemples dans la science; enfin elle est très souvent *compliquée d'extase ou de somnambulisme*, c'est-à-dire qu'au lieu d'être accompagnée de la suspension des facultés intellectuelles, elle coïncide avec une grande activité intérieure de ces facultés. »

La catalepsie essentielle, dégagée de tout élément étranger, est donc pour le moins fort rare.

Quoi qu'il en soit, il ne nous paraît pas indispensable pour la compréhension du plus grand nombre des faits de croire à une identité de nature entre la catalepsie et l'hystérie.

Il nous suffit de savoir que le symptôme cataleptique se rencontre dans un grand nombre d'affections nerveuses diverses; le cerveau impressionné d'une certaine façon peut donner lieu à des

1. *De la catalepsie* (Falret, *Archives gén. de médecine*, 1857; 5e série, t. X, p. 206).

signes cataleptiques, sans que pour cela il soit nécessaire de faire intervenir la névrose catalepsie; de même que les accidents épileptiformes existent en dehors de l'épilepsie vraie. Et, bien que la chose soit loin d'avoir le même intérêt pratique, et que la preuve n'en puisse être aussi solidement établie, il nous semble rationnel d'admettre l'hystéro-catalepsie sans catalepsie vraie, de même que nous avons prouvé que, dans l'hystéro-épilepsie, il n'y a rien de l'épilepsie véritable.

Je ferai la même remarque au sujet du somnambulisme hystérique.

Les attaques de catalepsie hystérique sont le plus souvent précédées de prodromes semblables à ceux de l'attaque d'hystérie : épigastralgie, globe montant à la gorge, palpitations, sifflements dans les oreilles, douleurs de tête, etc.

D'après Bourdin [1], « les accès d'hystérie se combinent avec les accès cataleptiques de deux manières : ou bien l'attaque générale débute par des mouvements convulsifs qui sont remplacés immédiatement par une immobilité absolue, ou bien la rigidité cataleptique se montre la première pour faire place aux accidents hystériques. »

Espanet ajoute un troisième mode de combinaison : les attaques convulsives et de rigidité alternent et se confondent, une moitié du corps étant en catalepsie, l'autre moitié pouvant se livrer à des mouvements désordonnés.

Nos observations d'hémicatalepsie et d'hémiléthargie provoquées chez un même sujet (Obs. II) facilitent la compréhension de ce dernier mode de combinaison qui de prime abord peut paraître étrange.

Chez une de nos malades, B..., j'ai observé plusieurs fois un état cataleptique manifeste inaugurer la grande attaque hystéro-épileptique. Les yeux grands ouverts fixaient un point dans l'espace, elle était immobile et ses membres non rigides conservaient les atti-

1. Bourdin, *Traité de la catalepsie*, p. 71.

tudes communiquées; au bout de peu d'instants, quelques se cousses, d'abord éloignées, se rapprochaient de plus en plus; puis survenait le tétanisme de la période épileptoïde.

Dans la relation d'une attaque d'hystérie compliquée de catalepsie, rapportée par M. Mesnet[1], on voit la catalepsie survenir à la suite des contorsions de la deuxième période, et remplacer en quelque sorte les attitudes de la troisième période.

L'attaque se termine par quelques convulsions.

« Le 15. On observe pour la première fois de la catalepsie; voici ce qui se passa : Après un violent accès d'hystérie pendant lequel l'énergie des mouvements musculaires avait été telle que *le corps plié en arc reposait sur le lit par la tête et l'extrémité des orteils*, madame X... retomba sur son lit dans un état de résolution complète; le pouls était calme, battait 80 fois par minute, la respiration régulière, le visage sans expression, les yeux fermés; le bras droit, qu'on avait pris pour tâter le pouls, resta levé; je fis alors asseoir la malade, je soulevai les membres inférieurs, ils conservèrent la position qu'on leur avait donnée, et madame X..., ne reposant plus que sur les ischions, se maintint dans cette position fatigante sans qu'aucun des muscles du visage se contractât et accusât la moindre douleur. Cet état dura un quart d'heure environ; il cessa comme il avait commencé, par un grand cri, auquel succédèrent les mouvements spasmodiques du larynx et du pharynx; puis, après deux minutes de convulsions pendant lesquelles la malade écartait ses vêtements et semblait vouloir écarter un obstacle qui s'opposait à l'entrée de l'air dans sa poitrine, elle revint complètement à elle, nous parla quelques instants, pour retomber encore dans un accès d'hystérie. »

Une autre observation citée par Bourdin[2], fort intéressante, montre un accès de catalepsie hystérique précédé de prodromes céphaliques fort nets, se terminant par des attitudes qui rappellent les attitudes passionnelles de la troisième période.

« Tous les jours l'accès commençait à une heure et finissait à cinq. Lorsqu'elle y était, elle avait les yeux fixes, les paupières ouvertes et immobiles, elle ne faisait aucun mouvement que ceux qu'on lui faisait faire; toutes les parties de son corps étaient insensibles, on la pinçait, on lui fourrait des épingles et des aiguilles dans les bras et les jambes, sans qu'elle donnât aucun

1. *Études sur le somnambulisme*, par le Dr Mesnet. (Extrait des *Archives générales de médecine*, nº de février 1860.)

2. Bourdin, *de la Catalepsie*, observation XXI, Élisabeth Delvigne, âgée de vingt-cinq ans, attaquée le 26 mai 1709. (Dionis, *Dissertation sur la catalepsie*, 1718, p. 45.)

signe de douleur; il n'y avait que le pouls qui, en continuant ses battements ordinaires, faisait voir qu'elle n'était pas morte.

» Si on lui ployait un doigt ou plusieurs, ils restaient dans l'état où on les mettait; si on les tendait, c'était la même chose. Mais ce qui a été le plus grand sujet d'admiration et d'étonnement, c'est la légèreté que l'on trouvait dans toutes les parties de son corps lorsqu'on la soulevait; en lui élevant un bras il paraissait léger comme une plume, et il demeurait dans la situation où on l'avait mis.....

» Dans la crise de l'accès, elle avait les dents tellement serrées qu'on ne pouvait pas les ouvrir...

» A la fin de l'accès, elle faisait des signes de piété : tantôt elle portait le bord de son drap à son menton comme si elle eût reçu la sainte communion, tantôt elle faisait un cercle sur sa tête comme si on eût dû la couronner..... »

Il semble donc que la catalepsie puisse se substituer à l'une ou à plusieurs des périodes de l'attaque hystéro-épileptique, telle que nous l'avons décrite.

Le plus souvent, les prodromes existent, et la période épileptoïde, au moins à l'état d'ébauche, s'y trouve représentée.

« En général, dit Briquet, après les prodromes, une vive rougeur monte à la figure, une sorte de raideur tétanique parcourt tout le corps en un instant; puis il survient un léger trouble dans la respiration qui devient lente et profonde; ces phénomènes (qui rappellent la phase épileptoïde) durent une minute au plus et la malade s'endort plus ou moins profondément. »

Mais la catalepsie se combine souvent avec le somnambulisme pour compliquer les attaques d'hystérie, ce qui s'explique facilement par les connexions si étroites que nous avons vues exister entre la catalepsie et la léthargie hystériques provoquées chez nos malades. Briquet semble l'avoir entrevu quand il dit : « la durée de l'attaque est ordinairement assez courte; quand elle dépasse une demi-heure à une heure, cela tient à ce que l'état cataleptique se transforme en *léthargie*.

CHAPITRE VII

VARIÉTÉS PAR IMMIXTION DE PHÉNOMÈNES LÉTHARGIQUES. — ATTAQUE DE LÉTHARGIE.

Briquet décrit dans un même paragraphe, les attaques de sommeil, de coma et de léthargie parce qu'elles ne lui paraissent être que des degrés de la même modification pathologique. L'étude que nous avons faite de la léthargie hystérique provoquée nous conduit à comprendre sous le nom d'*attaques de léthargie* les variétés suivantes :

1° Attaques de léthargie simple (attaque de sommeil, attaque de léthargie des auteurs).

2° Attaques de léthargie compliquée :

a. De contractures partielles ou généralisées. — L'attaque de coma décrite par Briquet nous paraît rentrer dans ce cadre.

b. De l'état cataleptiforme.

§ Ier. — ATTAQUES DE LÉTHARGIE SIMPLE.

Sur le nombre considérable d'hystériques que Briquet a été à même d'observer, cet auteur n'a rencontré que trois cas d'hystérie avec des attaques consistant en un véritable sommeil.

« Dans ces trois cas, dont les causes ne présentaient rien de spécial, l'attaque débutait constamment par une vive rougeur qui paraissait brusquement à la face, par un serrement des mâchoires, et par un raidissement momentané des membres, troubles qui cessaient aussitôt. Chez une de ces femmes, l'attaque commençait toujours par de la constriction à l'épigastre, puis venait une sen-

sation de globe qui de l'épigastre montait à la gorge, et, enfin, arrivait la strangulation. » (Briquet.)

Dans tous ces cas, les malades s'endormaient très rapidement. Elles avaient un véritable sommeil, leur face n'offrait rien de particulier, leur respiration était normale, le pouls était à soixante, la peau était fraîche, et les membres étaient flasques.

Nous avons eu occasion d'observer sur Gl.... une attaque de sommeil léthargique qui a duré vingt-quatre heures.

Après avoir répété sur elle les diverses expériences dont il a été question, elle tomba un jour dans un sommeil qui dura jusqu'au lendemain matin et dont il fut impossible de la faire sortir, quels qu'aient été les excitants employés, mécaniques ou électriques. Elle était dans le décubitus dorsal, la face colorée, les membres dans la résolution la plus complète, les paupières fermées et clignotantes et les globes oculaires convulsés en bas avec tendance au strabisme interne. La respiration était très faible et irrégulière : Respirat. 11. Pouls 100. — Températ. 37,8. *Les muscles avaient perdu la propriété spéciale désignée sous le nom d'hyperexcitabilité. — L'excitation des points hystéro-épileptogènes ne provoquait aucune crise. La compression des ovaires demeurait également sans résultat.* Nous étions évidemment en présence d'un sommeil d'un autre genre que celui que nous avons étudié dans notre première expérience. Il en différait encore par ceci, que la malade, une fois revenue à elle, avait conscience d'avoir dormi longtemps, et pouvait raconter, dans ses moindres détails, un long rêve qu'elle avait eu.

J. Moreau, dans son livre de la *Folie névropathique*, rapporte l'observation d'une hystérique qui, pendant les attaques de sommeil, était tourmentée par un délire dont elle conservait le souvenir.

« La malade est tourmentée par un singulier besoin de dormir. Durant ses « *assoupissements* », il lui semblait qu'un certain individu de sa connaissance prenait sur elle plus d'empire qu'elle n'eût voulu, et se comportait vis-à-vis d'elle de la façon la plus inconvenante : paroles obscènes, attouchements lascifs, etc... La nuit, elle a des cauchemars, elle se voit entourée de serpents qui veulent la dévorer, de grosses écrevisses qui courent sur son lit, sur ses bras, sur sa poitrine ; elle se réveille en sursaut, couverte de sueur et appelant au secours [1]. »

1. *Traité pratique de la folie névropathique*, par le Dr J. Moreau. Paris, 1869, p. 37.

Les auteurs qui ont écrit sur les épidémies de possession démoniaque, rappor-

Dans tous les faits de sommeil hystérique consignés dans les auteurs, s'agit-il d'un état semblable à celui que nous avons pu produire artificiellement chez nos hystériques? Nous pouvons toujours affirmer que la ressemblance est grande. Il est vrai qu'il n'est pas parlé de phénomènes pouvant se rapprocher de ce que M. Charcot désigne sous le nom d'hyperexcitabilité musculaire. Mais c'est là un signe qui demande à être cherché et qui par cela même peut passer facilement inaperçu. D'ailleurs n'oublions pas qu'à côté de la léthargie avec hyperexcitabilité musculaire, nous avons pu provoquer une variété de léthargie sans hyperexcitabilité.

Un rapprochement que nous ne saurions manquer d'indiquer, consiste dans la similitude des phénomènes de début. Nous avons vu que dans la léthargie provoquée la malade, au moment où survient le sommeil, présente quelques signes épileptoïdes, inspiration sifflante, mouvement de déglutition, écume, quelquefois raideur passagère des membres. Des phénomènes semblables inaugurent, d'après Briquet, les attaques de sommeil.

Je ne ferai que signaler ici les cas de léthargie avec état de mort

tent nombre de faits qui semblent se rattacher à ceux que nous venons de citer.

« Catherine de Naguille, dit Delancre [1], et sa compagne nous assurent qu'elles avaient été au sabbat en plein midi, qu'elles avaient passé la nuit, et que c'était dans l'église où elles *étaient endormies* que cela leur était arrivé.

» Jeannette d'Abadie [2] en dit autant; elle avait passé plusieurs nuits à l'église, et s'endormait pendant la messe à Sibore; c'est alors qu'elle fut menée au sabbat. »

Bodin [3] raconte ce fait bien important. « Je tiens, dit-il, du président de la Tourette, qu'il a vu en Dauphiné une sorcière qui, depuis, fut brûlée vive pendant qu'elle était en extase. *Elle n'entendait rien, ne sentait rien.* Son maître la frappait à coups de verges, et pour savoir si elle était morte, on lui fit mettre le feu aux parties les plus sensibles; elle ne s'éveilla pas. On la crut morte et on l'abandonna; le lendemain, on la trouva couchée dans son lit. »

Voici ce que rapporte Dom Calmet [4]: « On lit dans le *Marteau des Sorciers* qu'une femme s'alla dénoncer aux inquisiteurs, leur disant qu'elle était sorcière, et qu'on avait beau l'enfermer, que le diable l'emmenait au sabbat. On l'enferma dans une chambre; aussitôt elle se coucha et *parut morte;* on la remua, elle ne le sentit point; on lui approcha du pied une chandelle avec laquelle on la brûla sans qu'elle le sentît. Quand elle se réveilla, elle donna des nouvelles du sabbat, elle accusa alors une grande douleur au pied, sans pouvoir dire d'où cela lui venait. »

1. *Tabl. de l'inconst. des dém.;* livr. II.
2. *Idem.*
3. Bodin, *Démonomanie,* liv. II, ch. V.
4. Dom Calmet, *de l'apparition des esprits,* ch. XIX.
5. Nous empruntons ces citations aux *Études cliniques sur les maladies des femmes,* par E. Mathieu 1847, p. 197.

apparente. Ces faits ont de tout temps fixé au plus haut point l'attention des observateurs. L'erreur d'un homme qui a laissé un grand nom en médecine, André Vésale, était bien faite pour rendre cette question tristement célèbre.

Au point de vue spécial qui nous occupe, nous n'avons que peu de choses à citer sur la matière. Briquet dans les huit cas de véritable léthargie qu'il lui a été donné d'observer, signale un début au moins épileptoïde.

« Le début de la léthargie, dit-il, avait toujours été précédé de convulsions ou de contraction tonique des muscles dont la durée avait été variable. — Chez plusieurs, ces convulsions s'étaient bornées à du trismus et à un peu de raideur des membres. — Chez d'autres il y avait eu une attaque convulsive complète, et chez une d'entre elles cette attaque avait duré cinq heures. »

La durée de la léthargie a été chez ces malades de deux à huit jours.

Il résulterait de ceci que l'attaque de véritable léthargie, comme l'attaque de sommeil, est habituellement précédée de phénomènes convulsifs, tantôt réduits à quelques signes épileptoïdes, tantôt plus étendus. Ce serait donc à la suite de la première période ou après la seconde que l'attaque de léthargie surviendrait.

§ II. — ATTAQUES DE LÉTHARGIE COMPLIQUÉE DE CONTRACTURES GÉNÉRALES OU PARTIELLES ET DE PHÉNOMÈNES ÉPILEPTOÏDES.

Nous rangeons sous ce chef plusieurs observations dans lesquelles aux principaux phénomènes qui caractérisent l'état léthargique tel que nous l'avons décrit, se surajoutent des contractures générales ou partielles persistantes [1] et des phénomènes épileptoïdes plus accusés.

Les attaques de coma décrites par Briquet rentreraient dans cette catégorie. « L'attaque de coma, dit-il, s'accompagne toujours de phénomènes convulsifs ordinairement toniques dans la face et dans

1. L'on se souvient que les contractures de l'état léthargique provoqué se résolvent par le massage ou la friction.

les membres; il existe des signes manifestes de congestion cérébrale, qui sont rendus évidents par l'état des yeux, par la coloration de la face, par la gêne de la respiration et par la dureté du pouls. »

J'ai pu récemment observer à l'Institut hydrothérapique de Passy, une jeune femme hystérique dont les attaques au point de vue qui nous occupe présentent le plus haut intérêt.

Voici la description d'un accès :

Débute brusquement. Pendant qu'elle cause, la malade sent un besoin irrésistible de dormir, avec pesanteur de tête, ses paupières se ferment malgré elle. Elle bâille, et s'endort subitement.

Au lit, la malade est dans le décubitus dorsal, le tronc un peu incurvé sur le côté droit, la tête penchée sur l'épaule droite et la face tournée du même côté, les traits sont immobiles et non contorsionnés, les paupières baissées et animées d'un frémissement très léger, mais continuel. Lorsqu'on les soulève, elles résistent, et l'on voit à peine la pupille convulsée en haut et tournée à droite. La bouche est fermée avec force, et il est impossible de l'ouvrir en pressant sur le menton. En touchant le front, le muscle frontal se contracte. En comprimant avec un peu d'insistance sur le trajet du nerf facial au sortir du trou stylo-mastoïdien, on provoque une contraction de tous les muscles de la face du même côté : le front, les paupières se plissent, l'aile du nez se contracte, et la commissure labiale se tire en dehors. L'expérience répétée des deux côtés et plusieurs fois de suite, réussit également bien. C'est le phénomène de l'hyperexcitabilité musculaire, mais obtenu un peu plus difficilement que dans la léthargie hystérique provoquée, où la résolution, qui est complète, facilite vraisemblablement la production du phénomène. Les muscles du cou sont contracturés et la tête est immobilisée dans la situation que nous avons décrite. Les membres supérieurs sont étendus, un peu écartés du tronc ; ils sont rigides, dans une demi-pronation, le poing est fermé avec force, le pouce tantôt en dehors, tantôt dans la paume de la main. Quand on essaye de les soulever, *la contracture s'exagère*, et l'on n'y arrive qu'avec peine. Ils ne conservent point la position dans laquelle on les a mis et retombent brusquement sur le lit. Les jambes sont contracturées dans l'extension, rapprochées l'une de l'autre, les pieds en pied bot équin.

Perte de connaissance. — Anesthésie. On peut lui transpercer les bras sans provoquer un mouvement. La contracture des membres cède un instant sous l'influence du massage, mais incomplètement, et revient aussitôt.

Elle n'est pas complètement immobile dans la situation que nous venons de décrire, elle tend toujours à se déplacer vers la droite, la tête tourne parfois, revient à droite ou se fixe à gauche. Elle respire paisiblement, mais l'expiration ressemble souvent à une plainte. Elle prononce quelques mots; le plus souvent elle dit : « Non! non! » Elle prononce parfois le nom de son

mari : « Guillaume ». Son mari a essayé parfois de lui répondre et de lui parler, mais elle est toujours demeurée insensible à ses interpellations. Elle pleure souvent et rit parfois presque aux éclats. Les mots et les phrases entrecoupées qui lui échappent, permettent quelquefois de reconstituer une scène rappelant ce qui l'a impressionnée pendant la veille. Par exemple, son mari raconte qu'un jour, après avoir montré du dégoût pour son enfant qu'elle adore habituellement, elle avait eu des idées de suicide qu'elle avait refoulées, et qu'elle n'avoua qu'après s'être trahie pendant l'accès qui suivit par des paroles comme celles-ci : « Mon enfant... emmenez-le... je ne veux pas le voir... des allumettes... je veux mourir, etc... »

Elle est prise de temps à autre de légers tressaillements dans les membres supérieurs, rappelant les accès incomplets d'épilepsie. Elle a sur le sommet de la tête et entre les deux épaules une zone d'hyperesthésie, dont l'attouchement provoque une contraction douloureuse du visage, des plaintes et des tressaillements dans les membres supérieurs. En insistant un peu, l'on n'obtient rien de plus. La pression des ovaires ne produit aucun résultat; la pression sur les globes oculaires également.

Quand elle se réveille, elle se frotte un peu les yeux, et reprend très rapidement ses sens. Elle ne se souvient de rien, et n'a pas conscience du temps écoulé.

Dans l'intervalle des accès, il n'y a pas d'ovarie, pas d'anesthésie, les points d'hyperesthésie persistent. Elle supporte courageusement la douche. L'action de celle-ci sur la zone hyperesthésiée, entre les deux épaules, n'a jamais provoqué d'accès, ce qui arrive aux malades qui portent en ce point une zone hystérogène.

La femme de chambre raconte que la malade a eu quelques crises de nerfs. Elle a assisté à la plus violente : la malade se plaignait au début de maux de tête épouvantables. Elle s'agitait, on ne pouvait la contenir; elle levait les jambes, étendait brusquement les bras, cherchait à s'arracher les cheveux et frappait de la tête l'oreiller. La crise se termina au bout d'un quart d'heure par un sommeil analogue à celui que nous avons décrit.

La malade arrive de Vienne. Elle a vingt-cinq ans, et est mariée depuis cinq ans. Quand elle était jeune fille elle avait de l'anorexie et de fréquents vomissements. Elle eut même une fois une attaque analogue à celles qu'elle présente aujourd'hui.

Depuis son mariage les vomissements ont été plus fréquents, et les accès de sommeil sont revenus chaque année, pendant l'espace de quelques semaines à un mois, se reproduisant chaque jour, le soir principalement, et durant plusieurs heures. Une seule année, les mêmes accidents ne parurent pas; elle était enceinte.

Depuis, les accidents se sont aggravés, si bien que cette année elle ne pouvait garder aucune nourriture, et les accès de sommeil commençant dès le matin duraient parfois toute la journée; dans l'intervalle, elle est faible, triste et morose.

A quelle variété d'attaque hystéro-épileptique avons-nous affaire ici? Devons-nous la considérer comme une variété épileptoïde avec tétanisme prédominant et persistance d'un délire? Mais les manifestations épileptiques sont habituellement de courte durée et la perte de connaissance absolue est la règle. Ne devons-nous pas plutôt voir là une variété d'attaque léthargique avec contracture généralisée et persistance de quelques phénomènes épileptoïdes? — L'oubli complet au réveil, la présence d'un délire ou d'une rêvasserie, l'existence de l'hyperexcitabilité musculaire, la durée de l'accès, son retour périodique, sont autant de signes en faveur de cette dernière opinion [1].

§ III. — LÉTHARGIE COMPLIQUÉE DE PHÉNOMÈNES CATALEPTIFORMES.

Beaucoup de faits rapportés par les auteurs sous le nom de catalepsie, nous paraissent bien plutôt devoir être considérés comme des cas de léthargie avec phénomènes cataleptiformes.

1. L'histoire des épidémies convulsives nous a laissé la relation d'un certain nombre de faits de léthargie s'accompagnant de contracture généralisée ou de phénomènes épileptoïdes très manifestes, comme on peut le voir par l'extrait suivant :

« Marguerite-Françoise Duchesne, depuis la fin de l'année 1830 jusqu'au 16 juillet 1831, fut attaquée de fréquentes attaques d'apoplexie suivies de faiblesses léthargiques.

» Dans le temps de ces attaques, son visage devient violet, sa langue s'épaissit, sa gorge s'enfle, sa bouche se contourne en des sens forcés, ses lèvres deviennent bleuâtres, ses yeux sont fermés, son nez ridé et retiré vers le front et elle reste souvent des sept à huit jours aveugle, sourde et muette...

» La mère de la malade nous décrit plusieurs de ses attaques. « Il y avait déjà plus de six mois, dit-elle, que tous les quinze ou vingt jours elle tombait dans des attaques d'apoplexie... Dans le mois de juin elle en eut plusieurs et fut la plus grande partie de ce mois en léthargie : des voisins vinrent plusieurs fois dans ce mois pour l'ensevelir; mais les deux plus violentes attaques qu'elle essuya furent le huit et quinze juillet, veille de sa guérison. Lors de ces attaques, *son visage devenait violet, sa gorge s'enflait, sa langue s'épaississait, sa bouche tournait, ses lèvres devenaient bleuâtres* et le sang lui sortait par les ongles de la main gauche et l'angle des deux yeux; après quoi elle restait souvent plusieurs jours dans une faiblesse léthargique pendant laquelle elle paraissait morte, n'ayant aucun sentiment et ne faisant aucun mouvement, que *quelques tressaillements* de temps en temps que lui donnait son frisson, dans le temps qu'il prenait, ayant les yeux fermés, le nez ridé et retiré vers le front, et le visage et les lèvres d'une pâleur verdâtre et quelquefois après ses faiblesses elle restait encore plusieurs jours aveugle, sourde et muette. On lui a souvent pendant ces faiblesses léthargiques, jeté le drap sur le visage, la croyant morte. » (Carré de Montgeron, *loc. cit.* t. I.)

Ces faits sont ceux dans lesquels la malade présente l'attitude du sommeil. Les yeux sont fermés, les paupières clignotantes. Souvent, contracture partielle ou rigidité générale. Le membre garde peu la position dans laquelle on le place, ou bien on est obligé de le maintenir quelques instants avant de l'abandonner à lui-même. La catalepsie est souvent partielle. Enfin, les frictions amènent la résolution musculaire.

Tous ces signes éloignent l'idée de véritable catalepsie, et plaident en faveur de la léthargie. Les observations de M. Lasègue sous le nom de catalepsie partielle et passagère me paraissent pouvoir rentrer dans ce cadre.

N'oublions pas que M. Lasègue produisait cette variété de catalepsie chez ses malades, en pressant sur les globes oculaires.

Favrot rapporte une observation où ces caractères de catalepsie imparfaite sont bien indiqués [1].

Virginie-Thérèse, vingt-trois ans, fille naturelle, née à Chartres. Tempérament lymphatique sanguin, réglée à treize ans, et régulièrement jusqu'à dix-huit ans.

En 1838, première attaque d'hystérie.

Huit mois après, deuxième attaque, dans l'intervalle céphalalgie, vomissements, météorisme et étourdissement. Règles irrégulières et peu abondantes.

Quatorze mois entre deuxième et troisième attaque. Règles très-irrégulières.

Au mois d'avril et de mai, celles-ci (les attaques) reparurent beaucoup plus fréquemment; la malade passait rarement un jour sans en avoir, et c'était ordinairement entre cinq et six heures du soir. (P. 43.)

Au mois de juin, vient à Paris, Hôtel-Dieu, service de M. Legroux. Les symptômes sont des vomissements et du météorisme fréquents, mais point d'attaques d'hystérie.

Au bout de six semaines sort de l'Hôtel-Dieu; nouvelles attaques.

Rentre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Rostan.

Insomnie, éblouissements, fourmillements dans bras et jambes. Sentiment d'étouffement et de strangulation quand elle mange. Le ventre se ballonnait, était très douloureux à la pression. Constipation habituelle. Mangeait peu, et vomissait presque tous les aliments qu'elle essaya de prendre les premiers jours.

Quinze jours après son entrée, première attaque; elle fut convulsive, se

1. Favrot, Thèse, 1844. *De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie.*

répéta assez fréquemment pendant l'espace de deux jours, mais chacun des accès était de peu de durée, et séparé du suivant par une espèce de sommeil léthargique.

Hoquet, ballonnement du ventre, et surtout vomissements devinrent très fréquents.

Vers mois de juin, vomissements ont complètement disparu (sous-nitrate de bismuth, vésicatoires à partie inférieure des jambes) et remplacées par attaques qui, généralement, se renouvelaient plusieurs fois.

« Voici ce que nous avons observé au sujet de ces dernières :

» La malade est ordinairement avertie de l'invasion prochaine d'un accès par un *trouble particulier dans la vue, et surtout par la sensation de mouvements très rapides dans les globes oculaires. Quelquefois aussi elle est prise de céphalalgie, d'éblouissements, de douleurs dans les membres qui se font sentir exclusivement* dans le coude, et se rapprochent ainsi de certaines formes de l'aura epileptica. Ordinairement elle peut gagner son lit; mais souvent aussi cela lui est rendu impossible par une faiblesse des membres inférieurs qui la prend subitement, et ne lui laisse que tout juste assez de temps et de force pour se coucher à terre et se garantir ainsi d'une chute violente.

» Chose étrange ! si l'on se trouve auprès d'elle quand elle est prise de ces symptômes précurseurs, et que l'on fixe son attention par des questions pressantes, on peut retarder l'invasion de l'attaque, mais non sans qu'elle éprouve un malaise très considérable qui lui fait aspirer au moment où elle pourra y céder. Et, en effet, elle perd connaissance aussitôt que l'on s'éloigne d'elle. Dans ses attaques, il y a constamment perte complète de la sensibilité, de l'intelligence, des mouvements volontaires, et abolition des sens. *Les paupières sont habituellement fermées*, la figure n'est pas décomposée; le décubitus est le plus souvent dorsal. A cela se bornent quelquefois tous les symptômes.

» Cet état ressemble alors à un véritable sommeil; et si pendant ce sommeil, on imprime à la main, à l'avant-bras, ou au membre supérieur tout entier, un mouvement, et qu'ensuite, *après l'avoir soutenu pendant* 25 *secondes*, on l'abandonne à lui-même, il conserve cette position pendant un temps beaucoup plus long que ne le pourrait supporter une personne très robuste, après lequel il retombe de lui-même, tantôt brusquement, tantôt lentement, et comme si les muscles ne cédaient qu'en résistant à une force supérieure. *Les bras seuls sont susceptibles de ces mouvements cataleptiques, que nous avons en vain essayé de provoquer aux membres inférieurs, au tronc et à la tête.* Toutes les fois que la malade est calme et dans le sommeil extatique que nous venons de signaler, on peut reproduire ces mouvements cataleptiques.

» Cet état de sommeil n'est pas le seul qu'elle présente dans les accès. Souvent cette tranquillité est interrompue par des mouvements de pandiculation, des bâillements, comme si elle allait sortir de son sommeil, et la plupart du temps cela n'a pas lieu.

» D'autres fois elle porte la main à son cou, comme si elle voulait en distraire un corps qui la gêne ou qui l'étrangle. Un peu plus tard, elle exécute des mouvements fréquemment répétés et bruyants de déglutition.

» A d'autres moments, c'est un hoquet plus ou moins prolongé ; ce sont des éructations; et, que tous les mouvements précédents aient lieu ou non, il n'est pas rare de trouver le ventre considérablement ballonné.

» Puis elle se plaint, fait entendre un cri particulier qui rappelle le gloussement de la poule, et sa figure restant calme, une salive abondante et écumeuse est rejetée de sa bouche et vient couvrir les commissures de l'un ou de l'autre côté de la face.

» Toutefois, il est rare qu'une attaque se termine sans qu'il y ait eu *quelques mouvements convulsifs*. Le plus souvent ceux-ci *sont cloniques, véritablement hystériformes, excentriques*, et peuvent être assez forts pour que plusieurs personnes aient peine à contenir la malade, qui, dans beaucoup d'attaques moins violentes, peut être impunément abandonnée à elle-même, sans craindre qu'elle tombe de son lit. Ces accès peuvent même se réduire à une simple agitation qui ne mérite pas le nom de convulsion.

» Nous avons vu aussi la malade à terre se transporter d'une partie de la salle à l'autre par des mouvements réguliers de reptation latérale.

» D'autres fois, les mouvements convulsifs sont *plutôt toniques*, tantôt bornés à la contracture d'un ou de plusieurs membres, tantôt étendus à tout le système musculaire, et en quelque sorte concentriques ou tétaniques. *C'est ainsi que, quelquefois, la tête et les talons servant d'appui, le tronc ou l'un des côtés prend la forme d'un arc dont la partie antérieure forme la courbure.*

» Les phénomènes que nous venons de décrire se combinent de différentes manières, et composent ainsi des attaques plus ou moins variées. » (P. 44, 45 et 46.)

Ni fatigue, ni propension au sommeil, ni souvenirs.

Attaques de plus en plus fréquentes, 5 ou 6 en 24 heures. Au mois d'août elle passe à la Salpêtrière, d'où elle sort pour retourner à Orléans.

Nous voyons que pendant son attaque la malade présentait l'apparence du sommeil, elle avait les yeux fermés. La catalepsie n'existait qu'aux membres supérieurs. Il y est dit expressément que le membre était soutenu quelques secondes avant d'être abandonné à lui-même.

L'attaque était précédée d'aura céphalique et s'accompagnait de signes épileptoïdes et d'arc de cercle.

Bourdin dans son *Traité de la catalepsie* rapporte l'observation suivante[1].

1. Bourdin. *Traité de la catalepsie*, 1841.

Observation. — (Sauvages, *Nosologie méthodique*, t. V, in-12.) Au mois de juillet 1757, une fille de huit ans qui était à l'Hôpital-Général, eut plusieurs accès de catalepsie; lorsque je la vis, elle se plaignit de maux d'estomac, de douleurs vagues dans le bas-ventre; elle sentait *une espèce de corps qui lui remontait vers* l'œsophage. Je lui ordonnai dix grains de mercure doux (protochlorure de mercure), et elle ne les eut pas plutôt pris, qu'elle tomba dans un état de catalepsie qui dura douze heures. Je fus la voir le lendemain, et je la trouvai qui pleurait les yeux fermés. Je voulus lui relever la paupière, mais je sentis une résistance accompagnée *d'un clignotement continuel.* Elle avait les mâchoires collées; ses bras et ses jambes restaient dans la position où je les mettais, mais ils conservaient *quelque peu de mouvement et ne restaient pas longtemps dans la posture que je leur avais fait prendre;* elle n'avait d'ailleurs ni sentiment ni mouvement, et ne répondait à aucune des questions que je lui faisais. On lui donna une seconde dose de mercure doux; elle guérit, et s'est toujours bien portée depuis.

Là encore la catalepsie est bien imparfaite, les yeux étaient fermés et les paupières animées d'un clignotement continuel.

L'observation si intéressante dans laquelle Puel rapporte comment, à l'aide de frictions, il amenait la résolution des membres cataleptiques nous paraît un bel exemple de léthargie dans laquelle la rigidité musculaire suivait la loi de l'hyperexcitabilité.

Nous voyons en effet que la malade avait les yeux fermés et que la catalepsie s'accompagnait de raideur généralisée. Si on la touchait, les muscles se contracturaient avec plus de violence, et cependant la contracture cessait sous l'influence des frictions.

Voici un résumé de cette longue observation :

Puel. — Observation C.L. — *Catalepsie compliquée de somnambulisme.* Madame D.; quarante-cinq ans; née en 1810; éducation distinguée; violents chagrins de famille à vingt-cinq ans. A cette époque remontent les premiers symptômes de la maladie : spasmes nerveux, boule hystérique, vomissements; gastralgie suraiguë qui persiste pendant toute la durée de la maladie, convulsions hystériques presque tous les jours en 1839; 18 septembre 1852, premier accès de catalepsie.

La catalepsie revient tous les jours, d'une façon périodique, à la même heure et se produit ainsi :

Vers 4 ou 5 heures, la région de l'estomac est tellement sensible que le moindre bruit extérieur y retentit douloureusement; bientôt après les muscles du cou se raidissent, la tête s'incline sur l'épaule gauche, en même temps que celle-ci se relève fortement, et le bras du même côté se rapproche du corps; un peu plus tard, on voit se contracter successivement les massé-

ters, les muscles du tronc et des membres, enfin, les orbiculaires des paupières; en sorte que, au bout de quelques heures, *tous les muscles du corps* se trouvent dans un état complet de raideur, et la violence des douleurs semble s'accroître en raison du nombre des muscles contractés. En même temps, les idées de la malade s'obscurcissent de plus en plus, et sa vue se trouble; ses paupières se contractent involontairement, et elle éprouve une grande difficulté à les tenir écartées : enfin il vient un moment où les paupières se ferment pour ne plus se rouvrir, et c'est alors qu'elle perd connaissance.

Le *son* le plus léger faisait éprouver à la malade plongée dans cet état une sorte de secousse électrique; ses muscles *se contractaient avec plus de violence* lorsqu'on la touchait même légèrement, et si ce contact était prolongé, des cris étouffés s'échappaient péniblement de sa poitrine, en même temps qu'elle faisait des mouvements de déplacement, comme pour fuir une impression pénible.

Aptitude de tout le corps à conserver une attitude communiquée. Durée de l'accès de 1 heure à 3 heures. Quand la malade revenait à elle et recouvrait son intelligence, les contractions musculaires persistaient encore pendans quelque temps.

Puel fut amené fortuitement à découvrir un moyen de faire cesser cet état de contracture et de catalepsie.

La friction sur un muscle quel qu'il fût en amenait la résolution. — Il suffisait de frictionner tous les muscles du corps pour amener une résolution générale; enfin, en touchant légèrement les paupières, on faisait cesser la contraction des muscles orbiculaires, et la malade, jusque-là privée de sentiment, ouvrait les yeux et recouvrait instantanément connaissance.

Puel pouvait également relâcher les muscles orbiculaires des paupières sans faire cesser les contractions des autres muscles. En un mot, il restituait à la malade la plénitude de son intelligence sans lui rendre la liberté de ses mouvements.

Je trouve noté que les crises provenaient souvent sous l'influence *des bruits intérieurs* qui retentissaient si violemment au creux de l'estomac.

Les douches donnaient infailliblement naissance à un accès cataleptique.

Malgré cela, amélioration considérable de la santé de madame D.

On est obligé, pour des raisons extramédicales, de suspendre les douches. — Les frictions sont remplacées par des applications de compresses d'eau froide de dix en dix minutes autour du cou, qui amènent également la résolution musculaire, quoique d'une façon plus lente.

Madame D. finit par guérir complètement.

Dans l'observation suivante empruntée à la thèse de M. Espanet sur le sommeil hystérique, nous trouvons la plus grande analogie avec ce que nous avons observé chez nos hystériques. L'attaque est provoquée de la même façon, par le regard ou par la pression ocu-

laire. Au début, quelques signes épileptoïdes. Puis le sommeil calme survient. Les yeux sont fermés convulsivement, les globes oculaires convulsés, les mâchoires fortement serrées. La catalepsie a bien les caractères que nous avons donnés de l'état cataleptiforme. En effet, les bras sont relevés *sans grands efforts*. La résistance des articulations peut être comparée à celle des mannequins des peintres. Les membres oscillent légèrement au moment où on les abandonne. On réveille la malade en soufflant sur les globes oculaires.

Enfin, dans d'autres expériences, la malade, endormie par les mêmes procédés, est somnambule; elle répond à un opérateur et soutient la conversation.

Espanet. — Observation III. — Hôpital de la Pitié. — Service de M. Lasègue. Saint-Charles. — Émilie, vingt-cinq ans. Je passe le commencement de l'observation où il est question de vomissements, de paralysie du membre inférieur droit, avec anesthésie, tympanite, hématémèse, hyperesthésie de la région ovarienne, etc.; pas d'attaques convulsives.

Depuis sa seconde entrée à la Pitié, il s'est ajouté à l'état ordinaire des attaques de catalepsie qui la surprennent de temps en temps dans son lit.

Ces attaques varient d'intensité et de durée, et se montrent à des intervalles encore éloignés. C'est une contrariété qui a amené la première crise, et c'est la même cause qui les reproduit depuis. Les crises durent depuis quelques minutes, jusqu'à un jour entier et plus.

Les essais de sommeil artificiel tentés chez elle ont complètement réussi; par la fixité du regard, on y arrive très bien; mais la malade ne veut plus s'y soumettre. L'occlusion des paupières produit le même résultat.

Ce jour-là, 19 mars, pendant que j'étais en train d'interroger la malade, deux élèves de service se sont approchés de son lit, et, sans la prévenir, l'un d'eux lui a fermé les yeux avec la main. La malade a essayé de lutter quelque peu; mais au bout de quinze secondes tout au plus, ses bras se sont raidis de chaque côté du tronc, le visage, qui exprimait la plus vive contrariété de cette agression intempestive, est devenu d'une placidité remarquable. Je lui ai pris les deux mains, à ce moment-là, et j'ai senti quelques secousses et un léger tremblement qui n'ont été que passagers.

Elle paraissait endormie du sommeil naturel; coloration ordinaire du visage, respiration calme, pouls normal. Si on essaye de lui relever les paupières, on trouve les yeux convulsés en haut et en dedans; mais les paupières retombent dès qu'on les lâche. Les mâchoires sont convulsivement serrées, et on ne peut les entr'ouvrir. Les lèvres, que l'on écarte, reprennent leur première position.

Les deux bras, pris par le poignet, sont relevés sans grands efforts, à angle aigu, au-dessus de la poitrine : ils oscillent légèrement au moment où on les abandonne, mais ils conservent la position donnée. L'avant-bras gauche est fléchi sur le bras et le membre conserve la position coudée. En exécutant ces divers mouvements, on se rend parfaitement compte de la justesse de la comparaison de M. Lasègue qui a rapproché la résistance des articulations des cataleptiques de celle des mannequins des peintres.

Pendant ces expériences, un des élèves a entr'ouvert les paupières de la patiente et s'est mis a souffler violemment sur le globe oculaire. Eu trois ou quatre insufflations, la malade a été réveillée. Elle a commencé par se frotter les yeux, comme quelqu'un qui se réveille, et aussitôt sa figure a repris un air de dépit de ce qu'on venait de l'endormir. Le sommeil n'avait été prolongé que de dix minutes. La malade a voulu parler; mais la contrainte à laquelle elle venait d'être soumise, a déterminé un vomissement de quelques gorgées de sang. Après quoi, elle s'est cachée sous ses couvertures, en proie à une agitation nerveuse qu'elle présente d'autres fois, mais qui ne va jamais chez elle jusqu'à l'attaque hystérique.

On l'a endormie déjà bien des fois par la fixité du regard et même par des *passes*. Elle répond alors à son opérateur et soutient la conversation. La malade connaît ce détail et m'a dit : « *Je sais que je suis lucide.* » Du reste, il y a perte complète du souvenir, au réveil, de tout ce qu'elle a fait ou a dit pendant son sommeil. C'est du moins la malade qui l'affirme.

Aujourd'hui, 15 juillet 1875, Émilie J. est toujours à peu près dans le même état. L'attaque cataleptique n'a reparu qu'une fois depuis le 19 mars. La santé générale n'a changé ni en mieux ni en plus mal. La malade compte bien aller passer quelque temps dans sa famille[1].

Nous pensons par ces quelques observations, que nous aurions pu facilement multiplier, avoir montré que les récits des auteurs sont d'accord avec les faits que nous avons observés et que la distinction établie entre la *catalepsie véritable* et l'*état cataleptiforme* de la léthargie, peut jeter quelques lumières dans ces questions encore si obscures.

1. *Hystéricisme et hystérie, du sommeil hystérique en particulier*, par Fernand Espanet, 1875, p. 33.

CHAPITRE VIII

VARIÉTÉS PAR IMMIXTION DE PHÉNOMÈNES SOMNAMBULIQUES. ATTAQUE DE SOMNAMBULISME.

Quelles sont les relations qui existent entre le somnambulisme artificiel et le somnambulisme naturel? Le somnambulisme artificiel, dit Maury, n'est qu'une forme plus développée et spéciale du somnambulisme naturel.

A l'appui du rapprochement que l'on peut faire entre le somnambulisme provoqué ou artificiel et le somnambulisme spontané, nous pouvons citer cette observation de M. Lasègue, dans laquelle le somnambulisme survenu *spontanément* présentait les principaux caractères de la léthargie provoquée que nous avons décrite : début brusque, convulsion des globes oculaires, abolition complète de la sensibilité, état spécial d'attraction pour une personne qui dans l'état de veille n'a sur elle qu'une autorité douteuse; elle se lève, marche, accomplit certains actes assez maladroitement.

« Mademoiselle X..., a dix-huit ans. A l'âge de seize ans, elle est vivement impressionnée par la nourrice qui l'avait élevée, laquelle est prise d'un accès de manie aiguë dans la nuit. L'enfant, terrifiée, reste pendant deux ans sous l'influence d'une frayeur persévérante : elle croit toujours voir sa nourrice en délire au chevet de son lit, s'endort difficilement, et est prise pendant la journée d'accès de terreur, toujours portant sur la même vision. La plasticité de l'idéation est à son comble chez elle.

» A la fin de 1874, cette jeune fille, qui habitait un pays colonial, est appelée en toute hâte avec sa mère à Paris, à cause de la maladie d'un de ses oncles. Le voyage, accompli aussi rapidement que possible, est plein d'in-

quiétudes. A leur arrivée à Paris, elles descendent à la maison de leur parent, se précipitent dans sa chambre et le trouvent venant d'expirer dans son lit. — La jeune fille est prise d'une attaque d'hystérie violente et prolongée.

» A partir de ce jour, l'insomnie est remplacée par des accès brusques et subits de *sommeil*. En parlant, en mangeant, en faisant de la musique, elle tombe tout à coup dans un sommeil profond dont il est difficile de la sortir, et qui se prolonge, soit pendant un court espace de temps, soit pendant plus de dix et douze heures. Pendant ce sommeil, *les yeux sont convulsés*, renversés en arrière. *La sensibilité intacte pendant la veille se trouve annulée.*

» Le soir, l'enfant s'endort aussi brusquement; mais le sommeil prend un caractère d'agitation tout particulier. Elle se remue, se tord dans son lit, jette ses couvertures, crie, pleure, chante. Peu à peu cette excitation nocturne se passe, et elle se présente aujourd'hui dans les conditions suivantes :

» Une des parentes de l'enfant,qui,pendant le jour,n'a sur elle qu'une autorité douteuse, est la seule personne avec laquelle elle consente à rester en communication. *Elle ne s'endort qu'à la condition de lui tenir la main.* Si cette parente lui parle, même à voix très basse, elle répond immédiatement à toutes ses questions. Toute autre personne, criant même à ses oreilles, n'obtient pas de réponse, et n'éveille même pas la plus légère apparence de perception auditive. C'est ce qu'on peut appeler de l'*audition élective.*

» Lorsque sa parente applique son doigt, sa main sur une partie quelconque de son corps, l'enfant se laisse faire et semble éprouver une sensation agréable. Lorsqu'au contraire le contact est fait par une personne quelconque autre que la parente, par sa mère même, l'enfant est prise d'une convulsion qui lui fait pousser un cri aigu et se rejeter au loin. M. Lasègue essaye de substituer un doigt dans les quatre doigts que la tante applique sur le bras de l'enfant; immédiatement la convulsion commence; elle cesse dès qu'il l'enlève et recommence aussitôt qu'il le replace. L'enfant, du reste, est tournée du côté du mur et a les yeux fermés.

» Un incident dont fut particulièrement témoin M. Lasègue, est celui-ci. Pendant que sa mère est seule près de son lit, et que les autres personnes sont à côté dans une chambre, mademoiselle X... veut se lever : la mère la reçoit dans ses bras. Immédiatement accès convulsif terrible de grande hystérie, à ce contact.

» Au point de vue des mouvements, elle se lève en dormant, se promène, va jouer du piano; mais elle exécute maladroitement ses mouvements, lève le couvercle de l'instrument avec difficulté, et s'est heurtée contre les meubles pour s'y rendre.

» En outre, dans la nuit, livrée à elle-même, sans excitation extatique, elle est presque constamment poursuivie par l'image de la mort; alors elle se précipite vers la fenêtre et se jetterait en bas, si on ne l'arrêtait.

» Cet état dure depuis novembre dernier, et ne s'est pas sensiblement amélioré aujourd'hui 25 juin 1875.

» Comme antécédents de famille, cette jeune fille a deux oncles épileptiques et deux frères morts de méningite. Elle-même, vers l'âge de onze ans, a présenté des troubles cérébraux qui lui ont fait perdre la vue d'un côté [1]. »

Le somnambulisme naturel dont il s'agit ici est celui dont M. Mesnet a bien donné les caractères dans son étude sur le somnambulisme (in *Arch. méd.* 1860) et qu'il distingue nettement de ce qu'il appelle le noctambulisme. Le noctambulisme est le rêve mimé, parlé ; il ne sort pas des limites physiologiques. Le somnambulisme appartient toujours à un état pathologique et se rattache aux névroses par ses caractères et son expression symptomatique. L'anesthésie est complète sur toute la surface du corps, peau et muqueuse ; la sensibilité générale est abolie pour les organes des sens, et cependant les sens, envisagés comme organes de sensations spéciales, peuvent conserver un certain degré d'activité, dans une direction spéciale ; l'oubli le plus complet accompagne le réveil.

L'état décrit par Frank sous le nom de somniation spontanée, par opposition à la somniation artificielle, dans laquelle il fait rentrer tous les cas du sommeil magnétique, ne nous paraît autre que le somnambulisme naturel, avec cette différence qu'il est précédé de prodromes de phénomènes convulsifs ou cataleptiques et qu'il survient toujours au milieu de la veille; autant de signes qui le rapprochent du somnambulisme hystérique.

« Celle-ci [2], dit-il en parlant de la somniation spontanée, se montre *au milieu de la veille*, soit instantanément, soit après quelques prodromes : la *tristesse*, une douleur de tête, des lipothymies; divers mouvements convulsifs, surtout des yeux; de la catalepsie ou de la danse de Saint-Guy. Bientôt le malade présente plus ou moins l'image d'une personne prise de sommeil. En effet, s'il n'a pas les yeux toujours fermés, au moins sont-ils insensibles. Le pouls est souvent sain, ou il est plus lent qu'à l'état normal, et la chaleur du corps est naturelle; la respiration est à peine per-

1. Espanet, *loc. cit.*, p. 29.
2. J. Frank, chap. XIII du *Traité des maladies nerveuses*, cité par Moissenet.

ceptible, et lorsque l'accès est passé, les malades reviennent à eux comme sortant d'un sommeil; d'autres fois ils marchent comme des somnambules, mais pendant le jour, et font même des voyages, rendent des oracles; sans qu'ils conservent pour cela le moindre souvenir de ce qu'ils ont fait. »

Si le somnambulisme dégagé de tout élément étranger constitue une névrose distincte, il n'en devient pas moins quelquefois l'expression symptomatique d'une autre névrose (hystérie ou épilepsie, par exemple), aux autres signes de laquelle il se trouve plus ou moins mêlé.

Herpin signale le somnambulisme dans les accès incomplets d'épilepsie. Il se produit après le vertige épileptique, à ce moment qu'il désigne sous le nom de *période de retour*. Nous avons eu occasion d'en observer un exemple chez un jeune garçon de treize ans.

Les femmes hystériques sont, de toutes, les plus sujettes à cette perturbation nerveuse. La facilité avec laquelle on produit chez la plupart d'entre elles le somnambulisme artificiel le prouve surabondamment, et ce fait est connu depuis longtemps, à savoir que la plupart des somnambules dites *magnétiques* sont hystériques. Il n'est donc pas surprenant de voir le somnambulisme survenir spontanément chez les hystériques et se mêler plus ou moins aux attaques convulsives.

§ Ier. — ATTAQUE DE SOMNAMBULISME.

Quel est le mode de combinaison du somnambulisme hystérique avec les convulsions, et à quel moment de l'attaque survient-il?

Le somnambulisme hystérique est presque toujours précédé de signes épileptoïdes et parfois de grandes convulsions.

Briquet rapporte le cas d'une jeune fille hystérique qui avait tous les jours deux attaques d'hystérie : l'une à midi, qui était une attaque hystérique convulsive ordinaire de moyenne intensité et d'une durée d'un quart d'heure ; l'autre, qui avait lieu régulièrement tous les soirs entre six et sept heures, était une attaque de som-

nambulisme. Elle se levait, allait regarder à une fenêtre voisine avec une attention que rien ne pouvait distraire, car elle n'entendait rien de ce qu'on lui disait, et paraissait ne pas voir autre chose que ce qu'elle regardait. Si on l'éveillait en la secouant un peu dans cette position, elle tombait *raide* à bas de *sa chaise, jetait un grand cri, et avait une petite attaque convulsive*. Au début de son premier sommeil, il y *avait un léger raidissement du corps et un moment de coloration rouge à la figure*.

Deux observations recueillies dans la clientèle de ville de M. Charcot, montrent l'accès de somnambulisme hystérique, précédé dans l'une de crises épileptiformes, et dans l'autre, qui a trait à un jeune garçon, de crises convulsives avec sanglots et pleurs.

I.—Voici les quelques renseignements du docteur Hillairet, au sujet d'un jeune malade, qu'il adresse à M. Charcot.

« Je vous adresse le jeune élève du lycée X..., sujet depuis quelque temps à des crises nerveuses hystériques. Samedi dernier, à cinq heures du soir, il a été pris de convulsions avec rires et pleurs. Cet état était accompagné d'une hyperesthésie extraordinaire, à tel point que le moindre frôlement, même sur les vêtements, provoquait aussitôt une secousse générale dans tous les membres et il a été suivi par une scène de somnambulisme qui a duré trois quarts d'heure environ. Pendant cette nouvelle phase, notre jeune homme se promenait les yeux fermés, parlait et faisait des calculs sans lumière aucune. L'hyperesthésie a persisté tout le temps, et il n'était pas possible de l'effleurer sans provoquer un tressaillement violent. Tout cela s'est terminé par une détente générale, et le malade a ouvert les yeux dans son état habituel, sans fatigue aucune. Il paraît qu'il a eu plusieurs crises de ce genre déjà, et dont la durée a été beaucoup plus longue. L'an dernier, l'une d'elle a duré un jour et une nuit. »

Une note jointe à la lettre de M. Hillairet ajoute ces quelques renseignements :

Agé de vingt ans, atteint depuis un an et demi d'accidents hystériformes, avec somnambulisme. Les accès sont le plus souvent causés par une fatigue excessive ou un chagrin.

Pendant l'accès de somnambulisme arrivé en novembre, il a écrit une lettre, fait un repas, joué aux dames.....

Il ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant l'accès.

II. — *Mademoiselle X.... Crises de somnambulisme hystérique précédées d'accès épileptiformes.*

Arrivée de la Havane, à Paris depuis cinq ans, âgée de vingt ans, pâle, laide, petite, un peu boulotte et lympathique.

Elle demeure depuis cette époque avec sa belle-sœur et sa mère. Lors de son arrivée à Paris, elle apprit que son frère venait d'y mourir; elle en fut vivement frappée, et c'est à partir de cette époque qu'ont commencé les accidents qu'elle éprouve encore aujourd'hui, à savoir : somnambulisme spontané et crises hystériques épileptoïdes peu accentuées, esquissées.

Elle s'endort tout à coup, sans autre prodrome qu'une douleur sincipitale; elle s'endort les yeux ouverts, marche, s'agite, parle. Il n'y a pas de chute au début de l'accès. L'état peut durer plusieurs heures, une journée entière, quelquefois on la couche dans cet état.

La nuit, elle se relève souvent dans le même état, se promène dans l'appartement. Toujours en pareil cas elle cherche sa tante et s'irrite beaucoup quand elle ne la trouve pas; elle a au contraire de la répulsion pour sa mère. On n'a pas encore trouvé moyen de la réveiller à coup sûr. Dans ces derniers temps, les accès se sont un peu éloignés; mais il s'y est adjoint de l'excitation, des tentatives de suicide, elle a menacé de se jeter par la fenêtre.

Elle ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé.

La plupart des attaques de somnambulisme débutent d'emblée; d'autres fois, elles sont précédées de crises épileptoïdes avec tétanisme des bras, gonflement du cou, perte de conscience, après quoi le somnambulisme commence.

Il paraît qu'autrefois, à l'origine, les crises épileptoïdes ont été plus violentes et plus nombreuses, s'entremêlant avec les crises de somnambulisme, sans qu'on ait pu préciser le mode de cette combinaison.

On ne s'aperçoit de la somniation que par la fixité du regard et les modifications dans l'attitude. On n'a pu me dire s'il y avait palpitation des paupières.

La malade montre très nettement une douleur ovarienne gauche. Il n'y a pas d'anesthésie nette de ce côté. Elle est assez bien réglée. Les accès surviennent surtout à l'époque des règles. Elle reste donc aujourd'hui quelquefois trois semaines sans accès.

Les nuits sont agitées par des rêves pénibles, des cauchemars, vue de voleurs, etc...

Elle a cru pendant longtemps que quelqu'un lui tirait la robe par derrière.

Cette jeune fille est manifestement hystérique.

L'ovarie, les hallucinations du jour, les cauchemars de la nuit, et les crises convulsives épileptiformes, même en l'absence de

symptômes d'anesthésie ou d'hyperesthésie, indiquent suffisamment que la névrose dont est atteinte la malade, ne saurait être autre que l'hystérie.

Les accès de somnambulisme ont été précédés parfois de crises épileptoïdes. Nous avons affaire ici à une hystérie qui compte au nombre de ses manifestations le somnambulisme.

Dans une observation publiée par M. Moissenet sous le titre d'*Observation de somniation spontanée avec convulsions hystériformes*[1], le début des scènes de somnambulisme était brusque. Mais le retour à l'état normal spontané ou provoqué était toujours signalé par des convulsions cloniques, générales ou partielles, des pleurs et des sanglots. La malade était une jeune fille américaine de l'âge de neuf ans. Les attaques changèrent de caractère à la suite de l'apparition des règles qui, chose extraordinaire dans nos climats, survinrent à l'âge de dix ans. Elles devinrent alors uniquement convulsives; on y retrouve signalée la phase épileptoïde avec prédominance marquée du tétanisme; la malade se plaçait ensuite en *arc de cercle*.

M. Mesnet a publié une observation bien remarquable de somnambulisme hystérique que nous rappellerons seulement ici.

Les accès d'hystérie étaient compliqués d'extase, de catalepsie et de somnambulisme. M. Mesnet fait remarquer que l'extase, la catalepsie et le somnambulisme n'ont appartenu qu'à l'une des phases de la maladie; nés dans la période occasionnelle de l'hystérie, ils ont grandi avec elle, et déjà ils avaient disparu que l'anesthésie et la convulsion existaient encore.

L'extase, la catalepsie et le somnambulisme se reproduisent toujours à la suite de violentes convulsions hystériques sans transition, et, par là même, paraissent remplacer la troisième période des attitudes passionnelles. L'extase décrite ici répond évidemment à ce que nous avons désigné sous le nom d'attitudes passionnelles, et M. Mesnet dit que l'extase, comme la catalepsie, se sont

1. *Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris.* Deuxième fascicule, p. 223.

montrées tellement unies aux accès de somnambulisme qu'il serait impossible de les en séparer.

Il me suffira de citer ce passage qui montre bien les connexions qui existent entre l'attitude passionnelle et le somnambulisme.

« Somnambulisme des 31 décembre et 1er janvier. La scène fut bien différente : à trois heures du matin, la convulsion hystérique apparut beaucoup plus violente encore, et fut suivie sans transition de catalepsie, puis d'extase. L'hallucination de l'extase devait être effrayante, à en juger par l'expression de la malade et l'attitude qu'elle nous présentait; elle était assise sur son lit, les yeux fixes, largement ouverts, les bras étendus, paraissant suivre toutes les péripéties d'un drame qui se déroulait sous ses yeux; puis brusquement elle se jeta en avant, en s'écriant : « Laissez-les-moi ! laissez-les-moi !... Ne les faites pas mourir !... Ces affreuses bêtes vont les dévorer ! » Et elle poussa un cri déchirant. C'est alors qu'elle se leva, s'habilla comme les nuits précédentes, à cela près qu'elle agissait avec une activité plus grande. Aussitôt sa toilette terminée, elle court à sa fenêtre, saute sur l'appui de sa croisée, essaye de se précipiter; la persienne fermée l'arrête, elle la secoue violemment, essaye de la disjoindre; elle se précipite dans la chambre, et tombe sur le parquet sans se réveiller. Elle monte sur les chaises, sur la commode, se précipite encore; ses traits contractés, ses gestes violents, témoignent du mécontentement que lui cause notre intervention, mais elle ne nous reconnaît pas, et ne prononce aucune parole. L'un de nous passe dans la pièce voisine, ferme d'un tour de clef la porte de l'appartement, dans la crainte qu'elle veuille sortir; elle accourt aussitôt, veut s'emparer de la clef, et lutte avec celui de nous qui l'avait en sa possession. Nous éteignons la lumière; elle va aussitôt à sa table de nuit, prend une boîte d'allumettes, et rallume la lampe[1]. »

L'accès de somnambulisme se terminait souvent par des convulsions hystériques. On ne saurait méconnaître ici le lien qui réunit le somnambulisme aux attitudes passionnelles. A la suite d'une attitude passionnelle avec hallucination, la malade devient somnambule sans transition. Il semble que le second état dérive naturellement du premier. L'hallucination qui préside à l'une, l'idée fixe qui dirige l'autre, prennent naissance à la même source. C'est le même état psychique transformé suivant la nature de la manifestation morbide. Dans l'attitude passionnelle, la malade voit ses enfants, ils vont périr et l'appellent à son secours. Dans le

1. *Études sur le somnambulisme*, par E. Mesnet, 1860, p. 11.

somnambulisme, c'est la préoccupation de l'éloignement de ses enfants, le désir de les revoir, l'affection qu'elle a pour eux, qui dirige tous ses actes. La maladie reproduit l'état mental de la malade dans l'intervalle de ses crises, comme nous avons vu, dans la description que nous avons faite, les attitudes passionnelles emprunter leur sujet aux scènes de la vie réelle. Quitter la maison et revoir ses enfants sont l'objet de tous ses vœux, de tous ses désirs : « Mes enfants m'attendent, nous disait-elle souvent, ils me demandent, ils ont besoin de moi. »

Malgré les analogies que nous faisons ressortir entre l'attitude passionnelle et le somnambulisme de la malade de M. Mesnet, les deux états n'en conservaient pas moins leurs attributs différents. Si dans l'attitude passionnelle il y avait hallucination, dans le somnambulisme la vision n'existait plus, et la malade, livrée à elle-même, suivait le cours de son idée fixe. Dans le somnambulisme existait la persistance des facultés et des sens, mais dans un cercle restreint, toujours en rapport avec l'idée dominante et exclusivement limité à son étendue. Enfin, si la malade après la crise se souvenait d'avoir vu ses enfants et de les avoir entendus l'appeler, elle ne conservait aucun souvenir des actes auxquels elle se livrait pendant les accès de somnambulisme.

Il nous semble donc résulter des quelques recherches auxquelles nous nous sommes livrés, que le somnambulisme hystérique présente des affinités manifestes avec la troisième période de l'attaque convulsive et qu'il se montre de préférence mêlé aux attitudes de la troisième période ou les remplaçant dans le cours d'une attaque.

§ II. — ATTAQUES COMPLIQUÉES DE SOMNAMBULISME ET DE CATALEPSIE.

Le somnambulisme et la catalepsie surviennent parfois isolément chez une même malade, constituant chacun des accès d'un genre différent. Mais ils peuvent aussi se montrer réunis dans une même attaque, se succédant l'un à l'autre sans que la malade reprenne connaissance.

On conçoit facilement la possibilité de cette combinaison si l'on se rappelle les connexions qui existent entre notre première variété de léthargie et la catalepsie. La malade peut être rendue instantanément cataleptique par le soulèvement des paupières. Pendant qu'elle exécute un acte quelconque de somnambulisme, il suffit de soulever ses paupières pour l'immobiliser et la rendre immédiatement cataleptique[1]. Il n'est donc pas étonnant qu'une certaine variété de somnambulisme, sous l'influence d'une cause extérieure accidentelle, ou d'une nouvelle impression morbide, se modifie et se transforme en catalepsie. Briquet dit que les attaques de catalepsie se transforment parfois en léthargie. L'observation suivante, empruntée à Bourdin, nous paraît être un exemple de somnambulisme succédant à la catalepsie dans une même attaque.

Observation XVII, concernant une fille cataleptique et somnambule en même temps, par Sauvage de la Croix (*Mém. de l'Ac. des sc*, 1742, p. 409). Mademoiselle V***, âgée de vingt ans. Plusieurs attaques de catalepsie pure. « Mais dans le mois d'avril et de mai de la même année 1737, elle eut plus de cinquante attaques d'une autre maladie, dans lesquelles on distinguait trois temps; le commencement et la fin étaient des catalepsies parfaites, telles que nous les avons vues ci-devant, et l'intervalle, qui durait quelquefois un jour entier ou du matin au soir, était rempli par la maladie que les filles de la maison appelaient l'*accident vif*, donnant le nom d'*accident mort* à la catalepsie. » (P. 64.).

« Le 5 avril 1737, visitant l'hopital à dix heures du matin, je trouvai la malade au lit; la faiblesse et le mal de tête l'y retenaient; l'attaque de catalepsie venait de la prendre, et la quitta en cinq à six minutes, ce que l'on connut parce qu'elle bâilla, se leva sur son séant et se disposa à la scène suivante, que les filles de ce quartier avaient déjà observée plusieurs fois. Elle se mit à parler avec *une vivacité et un esprit qu'on ne lui voyait jamais hors cet état;* elle changeait quelquefois de propos, et semblait parler à plusieurs de ses amies qui s'assemblaient autour de son lit; ce qu'elle disait avait quelque suite avec ce qu'elle avait dit dans son attaque du jour précédent, où, ayant rapporté mot pour mot une instruction en forme de catéchisme qu'elle avait entendue la veille, elle en fit des applications morales et religieuses à des personnes de la maison qu'elle avait soin de désigner sous des noms inventés, accompagnant le tout de gestes et de mouvements des

1. Un bruit, un coup de tam-tam produit le même effet.

yeux, qu'elle avait ouverts, enfin avec toutes les circonstances des actions faites dans la veille, et cependant elle était fort endormie. » (P. 64.)

« Yeux ouverts. On recherche s'il y a feinte par différents procédés (bougie approchée très-près du globe de l'œil, soufflets au visage, grand cri poussé dans son oreille et d'une façon soudaine, sel ammoniac sur la langue, chatouillement de la cornée avec barbe d'une plume, tabac d'Espagne insufflé dans le nez, piqûres d'épingle, etc.). Elle reste insensible à toutes ces irritations.

» Pendant ces entrefaites, comme elle parlait d'un ton plus animé et plus gai, on nous annonça que la scène se terminerait bientôt par des chansons et des sauts, comme c'était son usage. En effet, peu de temps après, *elle chanta, fit des éclats de rire et des efforts pour se tirer du lit,* ce qu'elle fit en sautant et poussant des cris de joie. Je m'attendais à la voir heurter contre les lits voisins, mais elle enfila sa ruelle et tourna à propos, évitant les chaises, les cabinets, et, ayant fait un tour dans la salle, elle enfila de nouveau sa ruelle sans tâtonner, se mit au lit, se couvrit, et peu de temps après elle fut cataleptique. Dans moins d'un quart d'heure que la catalepsie dura, cette fille revint comme d'un profond sommeil, et, connaissant à l'air des assistants qu'elle avait eu ses accidents, elle fut extrêmement confuse et pleura le reste de la journée, ne sachant d'ailleurs rien de ce qu'elle avait fait en cet état. »

« ..... Jusqu'au 10 février je la perdis de vue, la croyant guérie; cependant elle ne l'est point : elle a chaque hiver de nouvelles attaques de cet accident vif, avec cette différence que la catalepsie ne les précède pas toujours, et que la privation de sentiment n'est pas si parfaite; car un jour dans son attaque on la trouva qui parlait à son image qu'elle voyait dans l'eau ; et aux dernières fêtes de Noël, durant une attaque, elle distinguait confusément une personne à ses côtés; elle s'en souvient même, et dit que le long usage du Mars a produit ce changement. » (P. 66 et 67, *Traité de la catalepsie.*)

TROISIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES ATTAQUES

§ Ier. — INHALATIONS MÉDICAMENTEUSES.

Je ne m'arrêterai pas longuement sur les divers médicaments employés pour arrêter les attaques.

Les inhalations de *chloroforme*, les inhalations d'éther quelquefois, les injections sous-cutanées de *chlorhydrate de morphine*, font cesser les convulsions, amènent la résolution, et plongent la malade dans un sommeil suivi souvent d'un délire spécial [1].

Les inhalations de *nitrite d'amyle*, depuis les premières recherches faites par Richardson, en 1865, ont été beaucoup employées dans l'épilepsie, dans l'hystéro-épilepsie et dans l'hystérie, principalement en Amérique et en Angleterre. A la Salpêtrière, le Dr Bourneville a étudié sur une assez vaste échelle l'action de ce médicament. Les résultats de ses consciencieuses recherches ont été consignés dans les *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie*. Les convulsions sont immédiatement enrayées; et de plus, l'usage de ce médicament aurait l'avantage de diminuer le nombre des accès.

§ II. — GLACE.

Les applications de *glace* sur la région ovarienne, sont impraticables pendant la durée de l'attaque, mais employées pendant les

1. Nous avons vu comment les inhalations d'éther provoquaient le plus souvent les crises d'attitudes passionnelles et même la catalepsie. Parfois l'accès complet se développe.

prodromes, elles en atténuent l'intensité, et éloignent ou même écartent complètement les convulsions. La glace agit surtout sur les spasmes viscéraux (hoquets, secousses du ventre, etc...) qui, dans l'intervalle des attaques, tourmentent les hystériques.

§ III. — COURANTS CONTINUS.

Pendant mon année d'internat dans le service de M. Charcot, il a été fait un usage fréquent des courants continus. Les premières recherches à ce sujet ont été consignées dans la thèse d'agrégation de M. le Dr Tessier [1].

Depuis, les expériences se sont multipliées et nous avons donné les résultats de nos recherches dans un travail entrepris en commun avec notre collègue et ami Régnard [2].

Nous avons toujours procédé de la manière suivante : la malade étant en attaque, nous appliquions, au moyen de bandes, l'un des rhéophores d'une pile de Trouvé sur son front. L'autre rhéophore était placé en un point quelconque du corps.

Dans ces conditions, si l'on faisait passer dans n'importe quel sens, le courant de 10 à 15 éléments, on voyait l'attaque s'arrêter; le délire loquace, qui caractérise quelquefois la 4e période, survenait et durait jusqu'à ce qu'une crise incomplète revînt : puis assez rapidement les attaques cessaient complètement.

Geneviève B... nous a fourni maintes fois un exemple frappant de cette sédation obtenue par le courant continu. Cette malade peut avoir jusqu'à trente attaques en une heure. Sous le courant elle en a deux ou trois, incomplètes, sans grands mouvements. Mais il suffit d'interrompre le courant, ne fût-ce qu'une seconde, pour voir les accès reprendre avec toute leur violence. C'est là une contre-épreuve qui nous montre que c'est bien au passage de l'électricité qu'est due la cessation des attaques.

1. *De la valeur thérapeutique des courants continus*, par le Dr J.-L. Teissier, Paris, 1878, p. 61.
2. *Revue mensuelle*, t. II, septembre 1878.

Une autre malade, Alphonsine Ba..., nous a donné des résultats identiques. Dans plusieurs séries d'attaques, nous avons vu les accès s'arrêter sous l'influence du courant. Une numération, incomplète probablement, a même pu être faite un jour, et nous avons vu qu'il y avait 12 fois moins d'accès dans une période où passait le courant que pendant un temps égal où la malade était laissée à elle-même.

Sur toutes nos malades, nous avons eu des résultats analogues.

Il nous reste donc ce fait : si le passage du courant n'arrête pas complètement l'hystéro-épilepsie, il en modifie les accès et devient un palliatif utile dans l'état de mal hystéro-épileptique.

Mais voici une manière d'appliquer l'électricité qui donne lieu à des effets plus surprenants.

Les électrodes étant disposés comme nous l'avons dit plus haut, nous attendons qu'une attaque se produise, puis, d'un coup, nous intervertissons le courant au moyen du commutateur. L'attaque s'arrête tout net. La malade se réveille comme étonnée, porte sa main à sa tête et reprend complètement connaissance.

Dans les cas les plus résistants, il faut deux ou trois interversions pour amener ce résultat. En général, il faut employer quarante à cinquante éléments.

Plusieurs malades, Louise G..., Célina M... et Witt... nous ont très souvent donné ces résultats.

Dans des cas moins heureux, l'attaque avorte, mais la connaissance ne revient pas, et la malade passe directement dans une sorte d'état comateux, où elle demeure jusqu'à ce que survienne une attaque nouvelle, qu'une nouvelle inversion arrête, et ainsi de suite.

Nous ne saurions nous rendre bien compte de la manière dont agit le courant constant quand il diminue les attaques et quand il les arrête.

Pour ce qui est des inversions, il nous semble qu'il faut attribuer leur effet à l'*excitation* profonde et peut-être centrale qu'amène une aussi violente rupture d'équilibre que celle qui résulte du changement subit de sens dans le courant de quarante éléments de pile.

Nous pouvons donc formuler les deux conclusions suivantes :

1° Les secousses provoquées par l'interversion brusque d'un courant continu fort (30, 40 et 80 éléments de l'appareil Trouvé) amènent presque toujours l'arrêt immédiat des phénomènes convulsifs, mais n'empêchent pas leur retour;

2° L'application soutenue d'un courant faible (5 à 10 éléments de l'appareil Trouvé) n'arrête pas l'attaque, mais elle en atténue la violence, et pendant un état de mal éloigne le retour des accès.

Les pôles sont appliqués l'un à la tête, au front, par exemple, l'autre à une jambe ou à la région ovarienne. Le sens du courant n'a pas d'action spéciale.

§ IV. — COMPRESSION DE L'OVAIRE.

La *compression de l'ovaire* du côté où siège l'ovarie amène d'ordinaire l'arrêt immédiat des convulsions. Ce procédé employé autrefois, mais complètement oublié depuis longtemps, a été remis en honneur par M. Charcot, qui s'exprime ainsi dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux :*

« La meilleure condition pour une démonstration parfaite des effets de la compression ovarienne, en pareil cas, est que la malade soit étendue horizontalement sur le sol, ou, si cela est possible, sur un matelas, dans le décubitus dorsal.

» Le médecin, alors, ayant un genou en terre, plonge le poing fermé dans celle des fosses iliaques que l'observation antérieure lui aura démontré être le siège habituel de la douleur ovarienne.

» Tout d'abord, il lui faut faire appel à toute sa force afin de vaincre la rigidité des muscles de l'abdomen. Mais dès que celle-ci une fois vaincue, la main perçoit la résistance offerte par le détroit supérieur du bassin, la scène change, et la révolution des phénomènes convulsifs commence à se produire.

» Des mouvements de déglutition plus ou moins nombreux, et parfois très bruyants, ne tardent guère à se manifester; la conscience alors presque aussitôt se réveille, et, à cet instant, tantôt la malade gémit et pleure, criant qu'on lui fait mal, — tel est le cas de Marc... —, tantôt, au contraire, elle accuse un soulagement, dont

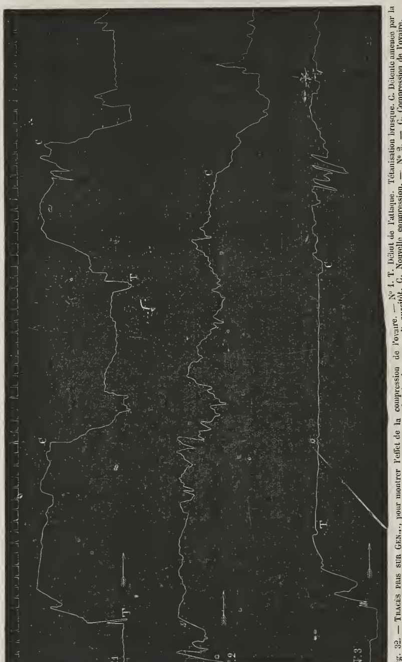


Fig. 32. — Tracés pris sur Gen..., pour montrer l'effet de la compression de l'ovaire. — N° 1. T. Début de l'attaque. Tétanisation brusque. C. Détente amenée par la compression ovarienne. On cesse la compression au 2e T'. — Le tétanisme reparaît aussitôt. C. Nouvelle compression. — N° 2. — C. Compression de l'ovaire. N° 3. Tétanisme prolongé. C. Mouvements cloniques ; pas décompression ovarienne. Le tambour myographique a été appliqué sur l'avant-bras.

elle témoigne sa reconnaissance : — « Ah! C'est bien! Cela fait du bien! », s'écrie toujours, en pareille circonstance, la nommée Gen... [1].

» Tant que dure la compression ovarienne, l'attaque est éloignée, pour paraître aussitôt que cesse la compression. On peut ainsi, en suspendant un moment la compression pour la reprendre, arrêter l'accès, ou le laisser se reproduire en quelque sorte autant de fois que l'on veut. »

Nous avons voulu soumettre à la méthode graphique ce singulier phénomène. On trouve le résultat auquel nous sommes arrivés sur la fig. 32.

Une attaque commence en T, la période tonique se développe. On produit brusquement la compression en C et les muscles se relâchent immédiatement. On cesse la compression en T^2, le retour de la tétanisation a lieu aussitôt, pour cesser de nouveau en C^2, au moment où l'on exerce une nouvelle compression.

Cette possibilité de supprimer complètement les accès, tant que la compression ovarienne est maintenue, a conduit notre collègue et ami Poirier à imaginer un appareil compresseur destiné à remplacer la main, et qui permît de reconnaître : *a*. si la compression prolongée continuerait d'être efficace; *b*. si l'état de mal hystéro-épileptique céderait devant cette compression prolongée, ou si sa durée en serait seulement abrégée; *c*. si enfin les malades pourraient supporter cette compression sans inconvénient.

1. La pratique des *secours* dans l'épidémie de Saint-Médard, trouve son explication dans le soulagement qu'éprouvaient les convulsionnaires sous l'influence de la compression ovarienne.

Ces secours en effet consistaient en manœuvres ayant pour but de déterminer une forte compression de l'abdomen, ou de le frapper violemment à l'aide d'un instrument ou d'un objet quelconque.

Carré de Montgeron fait remarquer que les coups ne soulageaient que lorsqu'ils pénétraient profondément : « ... Il est très-important, dit-il, de remarquer que la force des coups qu'on donne aux convulsionnaires, n'est point arrêtée sur la superficie de la peau.

» Par exemple, le chenêt, lorsque les coups en sont frappés avec beaucoup de violence..... semble devoir écraser tous les viscères qui se trouvent sous le poids de ses coups, et c'était pour lors que la convulsionnaire s'écriait avec un air de contentement peint sur son visage : « Ha! que cela est bon! Ha! que cela me fait du bien! Courage, mon frère, redoublez encore de forces si vous pouvez. » (Carré de Montgeron, *loco citato*.)

Nous empruntons la description de son appareil et les résultats qu'il a obtenus à l'article qu'il a publié dans le *Progrès médical* (n° 25, 1878).

« *Compresseur des ovaires* (fig. 103). — L'appareil se compose d'une gouttière matelassée, destinée à recevoir le bassin, soutenue et embrassée par une lame métallique, dont les extrémités percées d'un trou vertical reçoivent les deux bouts d'un arc de cercle cylindrique qui passe au-dessus du ventre. — Sur cet arc de cercle

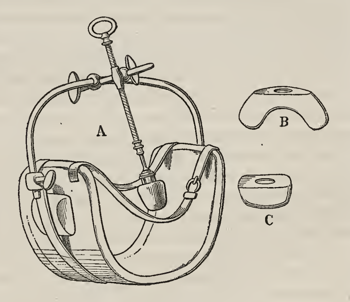


Fig. 33.

chemine une bague à vis supportant une tige métallique arrondie. — Sur cette tige, seconde bague supportant la grande vis de pression.

» Les deux bagues pouvant être fixées par une vis sur un point quelconque de la tige cylindrique qui les supporte, il s'ensuit que l'on peut diriger l'axe de la grande vis de pression dans telle direction que l'on voudra, et la maintenir immuable dans cette direction.

» A l'extrémité de la grande vis de pression est *vissée* une pelote compressive en liège et à pression continue au moyen d'un ressort

à spirale; la pelote est cylindro-conique ou en forme de fer à cheval, suivant que l'on se propose de comprimer un seul ou deux ovaires. (Fig. 103, *B. C.*)

» Deux coins de bois, pouvant entrer plus ou moins profondément entre la gouttière et la lame métallique qui la supporte, permettent de conformer les dimensions de la gouttière à celle des bassins différents; deux courroies à boucle achèvent de fixer l'appareil.

» Pour appliquer le compresseur, on passe la gouttière sous la malade, et on l'adapte au bassin (son bord inférieur s'appuie de chaque côté sur la saillie du grand trochanter). On engage ensuite les deux extrémités de l'arc métallique dans les trous de la lame et on les fixe plus ou moins profondément à l'aide de vis, suivant que le ventre de la malade est plus ou moins gros. Ceci fait et les vis des bagues étant plus ou moins desserrées, on cherche l'ovaire de la main gauche, tandis que la droite approche la grande vis et la place dans une direction telle que la pelote qui la termine vienne remplacer la main qui comprime. Il ne reste plus alors qu'à serrer les deux vis pour garder cette direction et à tourner la grande vis de pression jusqu'à ce que la pelote compressive soit venue remplacer la main qui lui cède peu à peu la place.

» Cet appareil a été expérimenté à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot, sous l'inspiration duquel il a été créé. Voici les résultats obtenus :

» Observation I. — Gl..., hystéro-épileptique, 23 août, 1878. En attaque depuis le matin; on établit la compression à 3 h. de l'après-midi, et on ne la lève qu'à 10 h. du soir. Pendant ce temps la malade a mangé et dormi. A 10 h. on enlève l'appareil, les attaques reprennent; légère inhalation de chloroforme et tout est fini pour ce jour-là. La malade n'accuse aucune douleur abdominale.

» Depuis, l'appareil a été appliqué un grand nombre de fois sur cette même malade, toujours avec le même succès; quelquefois même l'application de l'appareil compresseur pendant plusieurs heures, a suffi pour produire la cessation momentanée de l'état de mal, sans qu'on ait été obligé de recourir à un agent anesthésique.

» Observation II. — Witt..., hystéro-épileptique. L'appareil compresseur a été appliqué souvent sur cette malade, pendant 12, 24 et même 48 heures,

pour interrompre un état de mal. Jamais les attaques ne se sont présentées pendant la durée de la compression. Toujours, quand on cessait la compression, les attaques reparaissaient, mais il suffisait toujours aussi d'une légère inhalation de chloroforme ou d'éther pour les faire cesser complètement; tandis qu'il faut revenir plusieurs fois à ces inhalations avant de voir cesser les attaques, quand on n'a pas recours au compresseur.

» Observation III. — Ba..., hystéro-épileptique. Sur cette malade l'appareil a été appliqué très souvent, soit pour interrompre une série d'attaques, soit pour prévenir les attaques. La malade, prévenue par les prodromes qui annoncent les crises, demandait le compresseur qu'une fille de service lui appliquait; elle le gardait pendant une heure ou deux, puis l'enlevait elle-même quand elle sentait que les menaces de mal étaient dissipées. Chez elle aussi, la compression a interrompu complètement et pour plusieurs jours une série d'attaques qui venait de commencer; cela à différentes reprises. La compression réussit également bien contre le délire qui succède chez elle à l'attaque et on peut graduer le retour à l'état de raison en établissant graduellement la compression.

» Les malades manœuvrent elles-mêmes l'appareil, augmentent ou diminuent la compression, suivant qu'elles se sentent plus ou moins menacées. De plus, elles peuvent se tourner dans leur lit, se coucher sur le côté, se soulever pour qu'on les change, manger, dormir. Cette compression est, d'ailleurs, absolument indolore; après 48 heures d'application, on constate seulement un peu de rougeur de la peau, mais pas la moindre douleur soit superficielle, soit profonde.

» Il n'est pas besoin de surveiller la malade, l'appareil n'offrant aucun danger, même s'il vient à se déranger, puisque la pelote est *vissée* à l'extrémité de la grande vis de pression.

» Signalons encore la disparition des *points hystérogènes*, qui cessent d'exister pendant que la malade subit la compression et qui reparaissent aussitôt l'appareil enlevé. »

Toutes les malades ne sont pas également sensibles à la compression ovarienne. Chez quelques-unes, la compression est aisée et ne demande que peu de force; chez d'autres, la résistance des parois abdominales est un obstacle fort difficile à surmonter. Enfin il est des cas rares où la compression ovarienne échoue complètement.

La compression de l'ovaire, qui arrête les attaques, peut, en dehors des crises, déterminer la production des phénomènes douloureux de l'aura et même parfois provoquer l'accès complet.

L'ovaire se rapproche par là des autres points hyperesthésiés qui peuvent exister sur le corps, entre les deux épaules par exemple, ou au point d'émergence des nerfs intercostaux. En effet, de même qu'une première excitation de ces zones d'hyperesthésie provoque les convulsions, une nouvelle excitation peut les arrêter.

L'importance des fonctions de l'ovaire explique la fréquence de l'hyperesthésie dont il est le siège, et les effets si accusés de sa compression. Ce qui légitime, pour l'hyperesthésie ovarienne, une mention spéciale parmi les zones hyperesthésiées.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

I. — L'attaque d'hystéro-épilepsie ou grande attaque d'hystérie est précédée d'une période prodromique de plusieurs jours, marquée par des troubles intellectuels — perversion mentale et hallucinations; par des troubles des fonctions organiques; par des troubles de la motilité et de la sensibilité.

II. — L'attaque complète et régulière d'hystéro-épilepsie se compose de quatre périodes qui se succèdent toujours dans le même ordre.

1° — *Période épileptoïde.* Les convulsions ressemblent à s'y méprendre aux convulsions de l'épilepsie vraie. On y distingue trois phases : *phase tonique, phase clonique et phase de résolution.* L'arrêt immédiat des convulsions sous l'influence de la compression de l'ovaire ou des interversions électriques, l'absence d'élévation thermique, permettent de séparer complètement ces convulsions épileptiformes de celles de l'épilepsie vraie.

2° — *Période du clownisme*, qui se compose de :

a. Phase des *contorsions* ou attitudes illogiques parmi lesquelles l'*arc de cercle* semble être l'attitude la plus fréquente.

b. Phase des *grands mouvements.* Ils sont rythmiques. Le grand balancement de la partie supérieure du tronc, qu'on pourrait aussi qualifier de « salutation, » est le plus commun. — Ils s'exécutent en dehors de toute règle et consistent parfois en des mouvements désordonnés de fureur et de rage.

3° — *Période des attitudes passionnelles* ou *poses plastiques.* Elle se résume en deux tableaux, le tableau gai et le tableau triste. Ces attitudes se manifestent sous l'empire d'hallucinations.

4° — *Période terminale.* Délire post-hystéro-épileptique. Délire de paroles avec hallucinations; quelquefois délire d'action. — Les hallucinations consistent le plus souvent en des visions effrayantes d'animaux : chats noirs, rats, corbeaux, vipères, etc.

III. — Les attaques se succèdent le plus souvent pour constituer l'*état de mal hystéro-épileptique*, qui peut durer plusieurs jours, un mois même, avec cent attaques et plus par jour.

IV. — L'*état de mal hystéro-épileptique* n'a jamais la gravité de l'état de mal épileptique. — Deux faits l'en séparent complètement : 1° la possibilité d'arrêter les attaques par la compression de l'ovaire ou les autres moyens; 2° l'absence d'élévation thermique.

V. — L'attaque convulsive ainsi décrite n'est pas spéciale aux malades de la Salpêtrière; on la retrouve avec les mêmes caractères chez les malades de la ville, en France comme à l'Étranger.

VI. — A l'état sporadique, comme nous l'observons aujourd'hui, l'hystéro-épilepsie comprend parmi ses symptômes, à des degrés divers de développement, tous les phénomènes qui ont, par leur prédominance et leur exagération, imprimé un cachet spécial aux grandes épidémies.

VII. — L'hystéro-épilepsie, comme toutes les maladies contagieuses, emprunte les caractères particuliers qu'elle revêt en temps d'épidémie, aux causes et au milieu qui ont créé l'état épidémique.

VIII. — Cette conception de l'hystéro-épilepsie, et de l'attaque hystéro-épileptique en particulier, permet d'y rattacher la plupart des grandes épidémies convulsives.

IX. — Dans les descriptions classiques de l'attaque d'hystérie vulgaire, ou petite hystérie, on retrouve au moins en germe les éléments de notre description. — La petite hystérie doit être considérée comme une atténuation, ou, si l'on veut, comme l'état rudimentaire de la grande hystérie ou hystéro-épilepsie. — La petite attaque n'est qu'un fragment atténué de la grande attaque.

X. — La grande attaque d'hystérie peut se modifier de deux façons : 1° par l'atténuation, la suppression ou l'exagération d'une ou de plusieurs périodes; 2° par l'immixtion des phénomènes habituellement étrangers à l'attaque, comme la catalepsie, la léthargie et le somnambulisme hystériques.

XI. — La compression de l'ovaire, l'excitation des zones hyperesthésiées, les interversions du courant électrique, déterminent l'arrêt des convulsions, et le plus souvent ramènent la connaissance, quel que soit le moment de l'attaque où l'on fasse usage de ces moyens.

FIN